RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Réseau de services intégrés

aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie

Documents de programmation
Annexes 1 à 8

Juin 1999

Coordination du maintien de l'intégration
Direction régionale des programmes

INTRODUCTION

La santé et le bien-être des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie peuvent être favorisés par des actions sur l'ensemble des **déterminants de la santé** tels les conditions biologiques, les conditions de vie et d'environnement, les habitudes de vie et les services du réseau sociosanitaire.

Le **réseau de services intégrés** pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, tel qu'il fut conçu dans la région des Laurentides, s'inscrit comme un des déterminants de la santé qui, de par ses actions, peut avoir un impact sur les autres déterminants de la santé. Le réseau de services intégrés a donc pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie de la région.

Le premier document, le sommaire exécutif, présente le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie et se veut un cadre de référence général pour la région des Laurentides. Il s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants des établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'aux organismes communautaires.

En mai 1996, la Régie régionale déposait aux intervenants et établissements impliqués dans les services auprès des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie un document visant à assurer le développement d'un réseau de services intégrés.

Ce document proposait une **complémentarité** de services par le biais d'un continuum répondant aux besoins des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie ainsi qu'une **coordination** de la réponse aux besoins par l'intermédiaire d'un guichet unique.

De plus, il recommandait l'implantation d'une structure de concertation et de coordination par territoire visant à assurer la mise en place du réseau de services intégrés selon les spécificités de chacun des territoires.

Et enfin, il présentait les travaux à réaliser afin de décrire chacune des composantes du réseau de services intégrés et d'assurer une interrelation et une continuité des services à dispenser et d'éviter leur duplication.

Il importe de noter que des **travaux préliminaires** à la rédaction d'un Plan régional d'organisation de services (PROS) avaient été réalisés en 1992 et que le présent plan d'action s'en est inspiré.

Des **travaux sectoriels** furent réalisés permettant de définir les orientations et la programmation de chacun des éléments de la gamme de services requis dans un réseau de services intégrés. Ces travaux furent complétés par différents comités composés de gestionnaires et d'intervenants des CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers de la région sous l'égide de la Régie régionale et du comité des présidents du réseau de services intégrés de chacun des territoires.

Ils constituent donc le point de départ du **plan d'action** qui assurera le développement des modalités de coordination et d'organisation de la gamme essentielle de services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie. Ce document propose donc le fruit d'un travail collectif.

Quoique la facture de ce document soit administrative, nous nous devons de souligner que l'esprit qui a animé les travaux visait à assurer aux personnes une gamme de services complète, complémentaire et de qualité et à leur assurer que leur cheminement pour recevoir des services appropriés à leurs besoins serait facilité par des mécanismes de coordination administratifs et un mécanisme clientèle, soit le processus du guichet unique.

Le document énonce le contexte général de l'implantation d'un réseau de services intégrés, les principes directeurs, la définition, les objectifs, la clientèle visée, la gamme essentielle de services, le processus d'intervention, incluant les mécanismes de coordination et les rôles et responsabilités des différents collaborateurs ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

Finalement, une bibliographie des principaux documents consultés complète le document.

Le présent document regroupe les documents de programmation en huit annexes.

Les annexes 1 à 6 présentent la programmation détaillée de chacune des composantes qui constituent le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie :

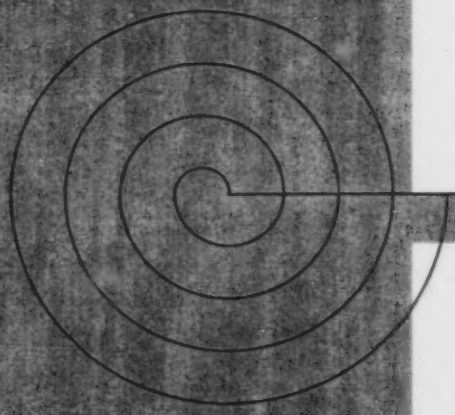
Annexe 1	Guichet unique
Annexe 2	Soutien à domicile en CLSC
Annexe 3	Services externes en CHSLD
Annexe 4	Services gériatriques en CHCD
Annexe 5	Hébergement temporaire en CHSLD
Annexe 6	Hébergement permanent en CHSLD

L'annexe 7 présente des données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques concernant les personnes âgées de 65 ans et plus de la région des Laurentides.

L'annexe 8 présente des données financières reliées à l'implantation du réseau de services intégrés.

Annexe 1

Réseau de services intégrés
aux personnes âgées
et autres adultes en
perte d'autonomie



Guichet unique

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la réflexion d'un comité de travail composé de représentants des établissements concernés. Nous remercions tous et chacun de leur précieuse collaboration.

COMITÉ SUR LE GUICHET UNIQUE CLSC

Robyne Bellemare
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Pierre Bertrand
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Francine Charade
CLSC Jean-Olivier-Chénier

Andrée Chénier
CLSC Thérèse-de-Blainville

André Deshaies
Régie régionale

Jacqueline Gagnon
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Élizabeth Jean
CLSC des Hautes-Laurentides

Francine Laurier
CLSC Arthur-Buies

Ginette Leblanc
Régie régionale

Georges LeGal
CLSC Arthur-Buies

Lise Massicotte
CLSC d'Argenteuil

Suzanne Paquet
CLSC des Hautes-Laurentides

Justiane Ruel
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Denise Vanier
CLSC-CHSLD des Trois Vallées

GUICHET UNIQUE

Page

1. Contexte 1

2. Définition 1

3. Objectifs 2

4. Clientèle visée 3

5. Processus d'intervention 4
   5.1 Accueil de la demande 4
   5.2 Gestion de cas 5
   5.3 Recours à l'hébergement permanent 9

6. Situation actuelle et situation visée 10

7. Suivi et évaluation de l'implantation du guichet unique 13

8. Conclusion 14

Tableau 1 Situation visée 11
Tableau 2 Plan d'action 12

Appendice 1 Outil d'identification de facteurs de risques pour la clientèle à long terme
Appendice 2 Processus d'accueil au programme de soutien à domicile

1. CONTEXTE

Nous assistons à un vieillissement marqué de la population et à une transformation des façons de faire du réseau de la santé et des services sociaux en vue d'une plus grande efficience et d'une plus grande efficacité dans la dispensation des services à la clientèle.

Dans ce contexte, le guichet unique est une structure que le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie se donne pour permettre à cette clientèle âgée d'avoir accès à la gamme de services dans un territoire donné. Le guichet unique est **sous la responsabilité des CLSC**.

2. DÉFINITION

Le CLSC constitue la porte d'entrée privilégiée pour l'accès au réseau intégré des services spécifiques aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie et nécessitant des services sur une longue période.

Par le biais du guichet unique, on vise l'**efficience clinique** dans la coordination des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, d'où la nécessité d'assurer l'échange des informations d'ordre clinique entre les divers collaborateurs du réseau de services intégrés.

Le CLSC assume la **gestion de cas** en coordonnant l'accès aux différents services permettant le maintien dans la communauté de façon à ce que des services appropriés soient offerts avec continuité à mesure que la situation de la personne âgée évolue.

Le CLSC coordonne un **plan d'intervention** pour la personne âgée lui assurant l'accès à divers services : services médicaux, services externes de réadaptation, services gériatriques en centre hospitalier, hébergement temporaire, services communautaires, ou assurant son orientation en hébergement permanent, s'il y a lieu.

Le gestionnaire de cas s'assure que la personne âgée en perte d'autonomie ait accès au bon service, au bon moment selon ses besoins. Il joue un rôle d'**accompagnement** de la personne âgée au sein du continuum de services.

Le CLSC accueille donc la demande de services, l'évalue et la réfère :

- soit aux **services réguliers de soutien à domicile** du CLSC si la personne âgée est en perte d'autonomie temporaire et nécessite des services à court terme;
- soit à un **gestionnaire de cas** du CLSC si la personne âgée est en perte ou à risque de perte d'autonomie permanente et nécessite des services à long terme;
- soit à un **organisme** extérieur au CLSC si les services du CLSC ne sont pas requis.

La personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie peut utiliser **d'autres portes d'entrée** pour avoir accès à des services généraux de santé : cabinet privé de médecin, service d'urgence et hospitalisation en centre hospitalier.

Peu importe l'endroit où la personne s'adresse pour demander des services, chacun des collaborateurs du réseau de services intégrés doit évaluer la demande et répondre aux besoins dans le cadre de son mandat; il doit également exercer une **vigilance** par des activités de dépistage des personnes en perte d'autonomie ou à risque de l'être.

De plus, chacun des collaborateurs a la responsabilité d'exercer un suivi auprès du guichet unique CLSC pour vérifier si le client est connu et pour transmettre de l'information au gestionnaire de cas.

La personne âgée en perte d'autonomie qui nécessite des **services à court terme**, suite à une maladie ou une incapacité temporaire, a accès aux services dispensés dans les centres hospitaliers, les CLSC, les cliniques médicales privées, les centres de jour et hôpitaux de jour, l'hébergement temporaire et les organismes communautaires, **sans avoir à passer par le guichet unique**.

Une réponse partielle ou complète peut être donnée à ce premier niveau de services, selon l'urgence de la situation ou le type de problématique.

3. *OBJECTIFS*

L'implantation du guichet unique vise les objectifs suivants :

- favoriser le maintien de l'autonomie de la personne âgée;
- assurer à la personne âgée des services adaptés, de qualité, continus et bien coordonnés;
- favoriser le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie naturel;
- faciliter l'accès pour la personne âgée au réseau de services intégrés;
- assurer le dépistage des clientèles âgées à risque de perte d'autonomie ou à risque d'abus et prévenir la détérioration de leur situation biopsychosociale;
- assurer à la personne âgée un plan de services interdisciplinaire élaboré avec sa participation et celle de ses proches;
- favoriser des liens cliniques de complémentarité en fonction du plan de services entre les divers collaborateurs du réseau de services intégrés.

4. CLIENTÈLE VISÉE

Dans le cadre du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, deux types de clientèles sont admissibles au guichet unique CLSC :

- la clientèle âgée à risque de perte d'autonomie;
- la clientèle âgée en perte d'autonomie permanente.

La personne âgée **à risque de perte d'autonomie** peut connaître, à court ou à moyen terme, sans un soutien suffisant et une bonne coordination des services, une perte d'autonomie qui nécessitera une intervention interdisciplinaire à long terme.

Elle connaît une certaine **fragilité** dans un ou plusieurs des domaines suivants : état fonctionnel et de santé, état psychologique et affectif, situation familiale et sociale, situation économique.

La personne âgée **en perte d'autonomie permanente** a des incapacités d'ordre physique, psychique ou social dues à des pathologies aiguës ou chroniques avec un besoin de services sur une période prolongée.

Elle est atteinte de plusieurs **incapacités fonctionnelles** et présente une combinaison des facteurs suivants : incontinence, immobilité, syndrome de chute, problèmes cognitifs, problèmes psychiques (dépression, troubles de comportement, immobilisme), problèmes iatrogéniques (surmédication).

La clientèle visée par le guichet unique est majoritairement constituée de personnes âgées de 65 ans et plus.

Elle comprend également des personnes âgées de moins de 65 ans présentant des caractéristiques similaires (profil gériatrique).

On retrouvera à l'appendice 1 un guide pour identifier la clientèle devant bénéficier de la gestion de cas.

Dans chaque territoire, la clientèle visée pourrait être priorisée en tenant compte des ressources disponibles. Ainsi, on pourrait viser dans les premières phases d'implantation :

- les personnes âgées de **75 ans et plus** qui sont à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie permanente;

- les personnes âgées de **65 à 74 ans** qui sont en perte d'autonomie permanente;

- les personnes de **moins de 65 ans** à profil gériatrique qui sont en perte d'autonomie permanente.

5. PROCESSUS D'INTERVENTION

L'approche préconisée dans le réseau de services intégrés en est une de continuum de services qui vont de la ressource la plus légère à la plus lourde, de la moins spécialisée à la plus spécialisée.

Pour assurer l'intégration et la coordination de ces services, le guichet unique dispose de trois mécanismes pour assurer la cohérence, la pertinence, l'efficacité et l'efficience des processus cliniques et des processus de gestion (voir diagramme en appendice 2) :

- l'accueil de la demande;
- la gestion de cas;
- le plan de services individualisé.

5.1 Accueil de la demande

Selon l'organisation propre à chacun des CLSC, le service d'accueil est assuré soit par le programme de soutien à domicile, soit par le service d'accueil du CLSC.

La responsabilité du service d'accueil est d'identifier lors du premier contact la nature du problème, d'effectuer une certaine sélection de la clientèle âgée afin de référer les personnes âgées aux services appropriés lorsque requis.

Les **activités** suivantes y sont exercées :

- réception de la demande par téléphone, par télécopieur ou en personne;
- évaluation préliminaire avec le formulaire « Prise de contact »;
- décision quant au cheminement de la demande :
  - soit information, orientation et référence à un autre service du CLSC ou à l'externe;
  - soit inscription au registre du guichet unique, priorisation de la demande et détermination de l'équipe responsable des interventions.

Si la demande provient d'un autre organisme, la **procédure de référence** au guichet unique est la suivante :

- une demande téléphonique d'inscription au guichet unique est privilégiée pour effectuer le premier contact avec le CLSC;

- une référence par écrit suit habituellement cette référence téléphonique;

- l'outil de référence pourrait être le formulaire d'évaluation préliminaire « Prise de contact »;

- une évaluation sommaire ou complète des besoins biopsychosociaux de la personne âgée référée pourrait avoir été réalisée au préalable : elle devra alors accompagner le formulaire de prise de contact.

Les **heures d'ouverture** pour référence au guichet unique CLSC sont :

- du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 20 h 30
- les samedis, dimanches et jours fériés, de 8 h 30 à 16 h 30.

Le **processus de traitement de la demande** varie selon le type de clientèle âgée :

- la demande de la personne âgée **en perte d'autonomie temporaire** est traitée selon les mécanismes réguliers du service de soutien à domicile;

- la demande de la personne âgée **en perte d'autonomie permanente** requérant des services sur une longue période ou la personne âgée identifiée à risque de perte d'autonomie par le référent ou par l'évaluation préliminaire est traitée selon les mécanismes du guichet unique.

5.2 Gestion de cas

La gestion de cas est un processus intégré qui s'applique uniquement pour la clientèle âgée requérant des services de plus d'un intervenant.

Elle implique la présence d'un **gestionnaire de cas** en CLSC qui est responsable d'accompagner l'usager dans les différentes étapes de ce processus telles qu'énumérées ci-après.

Le gestionnaire de cas est l'intervenant-pivot attitré à un client et qui l'accompagne dans ses démarches au sein du réseau de services intégrés pour avoir accès à des services continus et coordonnés. Le rôle de gestionnaire de cas est complémentaire au rôle d'intervention clinique.

Ce processus permet l'identification et la satisfaction des besoins individuels et spécifiques de la personne âgée en fonction des ressources disponibles et met l'accent sur l'adaptation des services aux besoins de la personne âgée plutôt que l'adaptation des individus aux services.

La gestion de cas permet de **coordonner les services** autour des besoins du client; les tâches cliniques sont les suivantes :

- l'évaluation des besoins et la référence aux ressources appropriées;
- la planification des services et la coordination de l'accès aux services;
- l'intervention clinique à l'intérieur du champ d'expertise;
- le suivi du plan d'intervention et la révision périodique;
- la fermeture du dossier.

- Évaluation des besoins et référence

- Le gestionnaire de cas reçoit du service d'accueil une **évaluation sommaire** des besoins de la personne âgée.

- Il reçoit s'il y a lieu **d'autres évaluations** partielles ou complètes réalisées par le référent ou d'autres ressources telles les services externes, le centre hospitalier, le médecin traitant.

- Il **complète au besoin** l'évaluation des besoins de la personne âgée.

- Si une **évaluation plus approfondie** s'avère nécessaire, il réfère la personne âgée à la ressource d'évaluation appropriée : intervenant du CLSC ou de l'externe.

- Le même outil d'évaluation, soit la **grille multiclientèles**, est privilégié autant que possible pour les différents collaborateurs du réseau de services intégrés; si d'autres outils sont utilisés, ils auront été approuvés au préalable par les collaborateurs du territoire.

- Lorsque la personne âgée est **hospitalisée** et est connue du CLSC, le gestionnaire de cas participe avec le centre hospitalier à l'évaluation de la faisabilité du retour à domicile et à la planification du congé pour que la personne âgée reçoive les services requis à son retour à domicile.

- Si un tel retour à domicile est impossible, une **démarche de placement** en institution est amorcée selon les procédures du mécanisme d'accès; si la personne âgée hospitalisée n'est pas connue du CLSC, le centre hospitalier planifie le placement en collaboration avec le CLSC concerné.

- Planification des services et coordination de l'accès aux services

Suite à l'évaluation des besoins de la personne âgée, le gestionnaire de cas procède à une analyse et à une synthèse de l'information recueillie et établit une priorité parmi les besoins identifiés :

- il **planifie les services** requis avec la personne âgée, son réseau de support et l'équipe multidisciplinaire et établit avec ceux-ci un plan de services individualisé (PSI);

- il **prend les arrangements** nécessaires avec les dispensateurs de services dans la communauté pour que les services planifiés, incluant ceux du CLSC, soient mis en place dans les délais requis;

- il entreprend parallèlement un **processus de demande d'hébergement**, s'il y a lieu, selon les procédures en vigueur aux mécanismes d'accès.

La **planification des services** par le gestionnaire de cas est le processus qui consiste à déterminer, voire même à négocier :

- les objectifs poursuivis avec la personne âgée;
- la nature, la quantité, la fréquence et la périodicité des services offerts;
- l'aide à apporter aux proches et le degré attendu de chacun d'eux;
- le partage des tâches et des responsabilités attendues de chacun des collaborateurs impliqués.

Le processus de planification aboutit à un **accord clair avec l'usager**. Le gestionnaire de cas consigne par écrit les objectifs visés, les moyens privilégiés, les échéanciers, les éléments d'évaluation, les personnes et ressources responsables des services à dispenser.

L'outil utilisé est le plan d'intervention et d'allocation de la **grille-clientèles**.

Le gestionnaire de cas agit comme **représentant des intérêts** de la personne âgée auprès des diverses ressources pour qu'elle obtienne les services requis par son état. Il doit donc avoir un accès réel à l'ensemble des ressources dans la mesure de leur disponibilité.

Il a la responsabilité de **s'assurer que la personne âgée reçoive les services** appropriés, coordonnés et continus de la part des divers dispensateurs.

Il ne s'agit pas uniquement de référer la personne âgée à telle ressource, mais de faire tout ce qui est nécessaire pour qu'elle obtienne le service. Il est donc important qu'il ait un **accès à l'ensemble des ressources** du territoire, selon les critères de priorisation établis par les territoires pour chaque type de services.

Le **plan de services individualisé** (PSI) est une démarche qui permet la planification et la prestation des services requis de plus d'un collaborateur pour répondre aux besoins d'une personne âgée et ainsi favoriser son maintien dans son milieu naturel. Le PSI suppose la participation active de la personne âgée elle-même ou de son représentant.

Le PSI interpelle l'ensemble des collaborateurs susceptibles de contribuer à la réponse aux besoins de la personne âgée : établissements, organismes communautaires, cabinets privés de médecins. Il sous-entend un **esprit de partenariat** et de coordination des actions en vue d'assurer une continuité et une complémentarité des services.

- Intervention clinique

Le gestionnaire de cas procède, s'il y a lieu, à des interventions cliniques auprès de l'usager à l'intérieur de son champ de compétence.

- Suivi et révision du dossier

Le gestionnaire de cas fait un **suivi régulier** des objectifs identifiés dans le plan d'intervention et une révision périodique des besoins de la personne âgée. Le suivi consiste à vérifier l'exécution du plan d'intervention et sa pertinence à mesure que la situation de l'usager change.

Le gestionnaire de cas doit s'assurer avec les collaborateurs concernés que la personne âgée reçoive les services attendus; il doit vérifier avec les collaborateurs concernés si les services sont toujours nécessaires et appropriés. Il doit donc établir les modalités de suivi de la personne âgée. Le suivi doit se continuer même lorsque l'usager est hospitalisé pour une période plus ou moins longue.

Le plan de services doit être réévalué lorsque requis, minimalement aux trois mois. Le gestionnaire de cas établit des modalités de suivi du client à risque afin de prévenir une détérioration de son état de santé et de son état fonctionnel.

- Fermeture du dossier

Le dossier de l'usager est fermé pour l'une des raisons suivantes :

- il est placé en hébergement permanent;
- il a changé de territoire de résidence, auquel cas il est référé au CLSC concerné;
- il est décédé.

5.3 *Recours à l'hébergement permanent*

C'est le gestionnaire de cas qui évalue, en concertation avec le client, sa famille et les intervenants concernés, la possibilité d'un maintien à domicile ou la nécessité d'un recours à l'hébergement, que cette personne âgée soit à domicile ou en centre hospitalier.

Dans le cas où la personne âgée est **hospitalisée** et est **connue** du CLSC, le centre hospitalier doit contacter le gestionnaire de cas et obtenir son accord avant d'entamer la procédure de placement en hébergement.

Dans le cas où la personne âgée n'est **pas connue** du CLSC, le centre hospitalier doit contacter le service de soutien à domicile du CLSC. Le gestionnaire de cas ou le service de soutien à domicile, selon le cas, évaluera alors la possibilité de maintenir la personne âgée à domicile en raison des critères énumérés ci-après :

- nature et quantité des services requis;
- ressources disponibles au CLSC;
- degré de support de l'entourage;
- limites d'un maintien à domicile.

Le processus de placement en hébergement permanent se déroule selon les étapes suivantes :

- l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est réalisée par le CLSC si la personne âgée est à domicile, et par le centre hospitalier si la personne âgée est hospitalisée;
- l'évaluation médicale est réalisée par le médecin traitant de la personne âgée;
- le formulaire utilisé est la CTMSP (en processus de révision);
- la détermination des services requis et l'orientation vers la ressource la plus appropriée sont réalisées par une équipe multidisciplinaire intra-CLSC ou inter-établissements;
- la liste d'attente est gérée par l'agent de coordination des mécanismes d'accès aux services pour personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie; celui-ci priorise les cas à admettre lorsque des places d'hébergement se libèrent;
- le gestionnaire de cas demeure responsable de la personne âgée jusqu'à son entrée en hébergement.

6. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

Le processus de guichet unique est présentement en projet dans les sept CLSC de la région. Son implantation aura des impacts sur la programmation actuelle des CLSC et sur les modalités de fonctionnement. Chacun des CLSC aura donc à réviser ses façons de faire afin d'introduire cette nouvelle fonction dans ses pratiques quotidiennes.

L'implantation du guichet unique implique l'ajout de ressources humaines, en particulier des intervenants qui agiront à titre de gestionnaires de cas. Il faudra chiffrer le coût engendré par ce nouveau mode de fonctionnement.

Le plan triennal 1999-2002 devra prendre en compte le besoin de nouvelles ressources humaines pour opérationnaliser le guichet unique.

Son implantation implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CLSC et les autres collaborateurs du réseau de services intégrés, en particulier les services gériatriques des centres hospitaliers, les services externes des CHSLD, les cliniques médicales privées et les organismes communautaires.

L'instauration du guichet unique aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des nouvelles règles de fonctionnement et les impliquer dans le nouveau processus.

TABLEAU 1
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Processus de guichet unique en opération	Mise en opération du processus de guichet unique	Coût à déterminer
Programme de dépistage de la clientèle à risque	Élaboration d'une grille de dépistage	
Intervenants en nombre suffisant pour gestion de cas	Ajout de ressources humaines	Coût à déterminer
Équipe multidisciplinaire en place pour la détermination des services requis et l'orientation de tout client admissible	Consolidation de l'équipe multidisciplinaire	Coût à déterminer
Plan de services individualisé en fonction pour tout client admissible	Mise en place du plan de services individualisé pour tous les clients du guichet unique	
Mécanismes de liaison avec les collaborateurs bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs	Coût à déterminer
Mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Élaboration d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs	
Clientèle âgée bien informée du processus de guichet unique	Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée	

6. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

Le processus de guichet unique est présentement en projet dans les sept CLSC de la région. Son implantation aura des impacts sur la programmation actuelle des CLSC et sur les modalités de fonctionnement. Chacun des CLSC aura donc à réviser ses façons de faire afin d'introduire cette nouvelle fonction dans ses pratiques quotidiennes.

L'implantation du guichet unique implique l'ajout de ressources humaines, en particulier des intervenants qui agiront à titre de gestionnaires de cas. Il faudra chiffrer le coût engendré par ce nouveau mode de fonctionnement.

Le plan triennal 1999-2002 devra prendre en compte le besoin de nouvelles ressources humaines pour opérationnaliser le guichet unique.

Son implantation implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CLSC et les autres collaborateurs du réseau de services intégrés, en particulier les services gériatriques des centres hospitaliers, les services externes des CHSLD, les cliniques médicales privées et les organismes communautaires.

L'instauration du guichet unique aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des nouvelles règles de fonctionnement et les impliquer dans le nouveau processus.

TABLEAU 1
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Processus de guichet unique en opération	Mise en opération du processus de guichet unique	Coût à déterminer
Programme de dépistage de la clientèle à risque	Élaboration d'une grille de dépistage	
Intervenants en nombre suffisant pour gestion de cas	Ajout de ressources humaines	Coût à déterminer
Équipe multidisciplinaire en place pour la détermination des services requis et l'orientation de tout client admissible	Consolidation de l'équipe multidisciplinaire	Coût à déterminer
Plan de services individualisé en fonction pour tout client admissible	Mise en place du plan de services individualisé pour tous les clients du guichet unique	
Mécanismes de liaison avec les collaborateurs bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs	Coût à déterminer
Mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Élaboration d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs	
Clientèle âgée bien informée du processus de guichet unique	Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée	

TABLEAU 2
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : METTRE EN PLACE LE PROCESSUS DE GUICHET UNIQUE DES CLSC

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
Mettre en place un mécanisme de dépistage de la clientèle à risque de perte d'autonomie	• Élaborer une grille de dépistage commune à tous les collaborateurs • Former les intervenants • Implanter la grille de dépistage	CLSC	CHCD CHSLD Médecins en cabinet privé
Ajouter des intervenants pour la gestion de cas	• Recruter des intervenants • Former ces intervenants à la gestion de cas • Assurer le financement	CLSC	
Implanter une équipe multidisciplinaire pour la détermination des services requis et l'orientation de tout client admissible	• Former les intervenants concernés • Consolider l'équipe en place s'il y a lieu	CLSC	CHCD CHSLD
Assurer l'utilisation du plan de services individualisés pour tout client admissible	• Former les intervenants au PSI • Étendre l'utilisation du PSI pour tout client admissible	CLSC	CHCD CHSLD
Établir des mécanismes de liaison entre les collaborateurs	• Identifier des agents de liaison au niveau des CLSC, des CHCD et des CHSLD	Comité de coordination	
Établir des mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	• Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs (grille multi-clientèles)	Comité de coordination	
Informer la clientèle âgée admissible sur le processus de guichet unique	• Élaborer des outils d'information au niveau régional • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle	CLSC	CHCD CHSLD
Effectuer le suivi de l'implantation du guichet unique	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque territoire • Assurer le suivi régional via le comité de soutien à domicile (COSAD)	Comité de coordination COSAD	

7. SUIVI ET ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU GUICHET UNIQUE

Un mécanisme est proposé afin de faciliter le processus de coordination et permettre, si nécessaire, de régler les questions litigieuses entre le gestionnaire de cas et les collaborateurs du réseau :

- le **comité de coordination** de chaque bassin est informé des difficultés rencontrées par le gestionnaire de cas dans l'accès aux services du réseau intégré et est mandaté pour trouver des solutions appropriées ou pour faire des recommandations au comité des directeurs généraux du territoire;

- le **comité de soutien à domicile** (COSAD) qui regroupe les chefs de programmes de soutien à domicile de tous les CLSC de la région et un représentant de la Régie régionale est chargé d'exercer un suivi régional sur l'implantation du guichet unique.

  - Chaque collaborateur identifie des personnes liaison qui voient à toute question relative à l'accès aux services pour une personne âgée référée par le guichet unique.

  - L'évaluation de l'implantation des mécanismes retenus est une préoccupation de l'ensemble des collaborateurs associés à cette démarche.

  - Ils devront établir des paramètres permettant de procéder à une évaluation des processus en cause, d'identifier les écarts entre les étapes planifiées et les étapes réalisées et de réajuster au besoin la démarche d'implantation.

- Indicateurs

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du processus de guichet unique sont les suivants :

- volume d'usagers inscrits du 1er avril au 31 mars de chaque année;
- volume d'usagers en attente au 31 mars de chaque année;
- délai moyen d'attente.

TABLEAU 2
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : METTRE EN PLACE LE PROCESSUS DE GUICHET UNIQUE DES CLSC

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
Mettre en place un mécanisme de dépistage de la clientèle à risque de perte d'autonomie	• Élaborer une grille de dépistage commune à tous les collaborateurs • Former les intervenants • Implanter la grille de dépistage	CLSC	CHCD CHSLD Médecins en cabinet privé
Ajouter des intervenants pour la gestion de cas	• Recruter des intervenants • Former ces intervenants à la gestion de cas • Assurer le financement	CLSC	
Implanter une équipe multidisciplinaire pour la détermination des services requis et l'orientation de tout client admissible	• Former les intervenants concernés • Consolider l'équipe en place s'il y a lieu	CLSC	CHCD CHSLD
Assurer l'utilisation du plan de services individualisés pour tout client admissible	• Former les intervenants au PSI • Étendre l'utilisation du PSI pour tout client admissible	CLSC	CHCD CHSLD
Établir des mécanismes de liaison entre les collaborateurs	• Identifier des agents de liaison au niveau des CLSC, des CHCD et des CHSLD	Comité de coordination	
Établir des mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	• Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs (grille multi-clientèles)	Comité de coordination	
Informer la clientèle âgée admissible sur le processus de guichet unique	• Élaborer des outils d'information au niveau régional • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle	CLSC	CHCD CHSLD
Effectuer le suivi de l'implantation du guichet unique	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque territoire • Assurer le suivi régional via le comité de soutien à domicile (COSAD)	Comité de coordination COSAD	

7. SUIVI ET ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU GUICHET UNIQUE

Un mécanisme est proposé afin de faciliter le processus de coordination et permettre, si nécessaire, de régler les questions litigieuses entre le gestionnaire de cas et les collaborateurs du réseau :

- le **comité de coordination** de chaque bassin est informé des difficultés rencontrées par le gestionnaire de cas dans l'accès aux services du réseau intégré et est mandaté pour trouver des solutions appropriées ou pour faire des recommandations au comité des directeurs généraux du territoire;

- le **comité de soutien à domicile** (COSAD) qui regroupe les chefs de programmes de soutien à domicile de tous les CLSC de la région et un représentant de la Régie régionale est chargé d'exercer un suivi régional sur l'implantation du guichet unique.

  - Chaque collaborateur identifie des personnes liaison qui voient à toute question relative à l'accès aux services pour une personne âgée référée par le guichet unique.

  - L'évaluation de l'implantation des mécanismes retenus est une préoccupation de l'ensemble des collaborateurs associés à cette démarche.

  - Ils devront établir des paramètres permettant de procéder à une évaluation des processus en cause, d'identifier les écarts entre les étapes planifiées et les étapes réalisées et de réajuster au besoin la démarche d'implantation.

- Indicateurs

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du processus de guichet unique sont les suivants :

- volume d'usagers inscrits du 1er avril au 31 mars de chaque année;
- volume d'usagers en attente au 31 mars de chaque année;
- délai moyen d'attente.

8. CONCLUSION

Le succès de l'implantation du concept de guichet unique dépend de la présence essentielle des **conditions** suivantes :

- fonction d'accueil centralisée dans les CLSC;
- fonction de liaison centralisée dans les établissements : CLSC, CHCD, CHSLD;
- mécanismes de références standardisés;
- identification d'un gestionnaire de cas pour tout client admissible;
- élaboration et réalisation d'un plan de services individualisé pour tout client admissible;
- dépistage des personnes âgées à risque par tous les collaborateurs (grille commune de dépistage);
- liaison entre le CLSC, le CHCD, le CHSLD et le médecin traitant pour faciliter le suivi;
- planification précoce du congé médical du CHCD ou du congé des services externes avec le CLSC;
- partage des données d'évaluation de la clientèle âgée pour favoriser la complémentarité et la continuité des services, dans le respect de la confidentialité (grille commune d'évaluation);
- structure de concertation entre les collaborateurs du réseau de services intégrés;
- systèmes d'information standardisés sur la clientèle âgée afin d'assurer une transmission d'informations statistiques entre les collaborateurs et avec la Régie régionale.

L'implantation du guichet unique CLSC vise des **résultats** précis :

- l'identification des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie;
- le maintien de la personne âgée à domicile le plus longtemps possible;
- le recours à l'hébergement permanent si les besoins du client le nécessitent;
- la responsabilité du gestionnaire de cas en CLSC dans le plan de services individualisé.

Les résultats attendus nécessitent une coordination accrue des collaborateurs à l'égard de l'usager, des changements dans les façons de faire, des communications et des liaisons efficaces.

La présence de ces éléments essentiels facilitera la continuité des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

8. CONCLUSION

Le succès de l'implantation du concept de guichet unique dépend de la présence essentielle des **conditions** suivantes :

- fonction d'accueil centralisée dans les CLSC;
- fonction de liaison centralisée dans les établissements : CLSC, CHCD, CHSLD;
- mécanismes de références standardisés;
- identification d'un gestionnaire de cas pour tout client admissible;
- élaboration et réalisation d'un plan de services individualisé pour tout client admissible;
- dépistage des personnes âgées à risque par tous les collaborateurs (grille commune de dépistage);
- liaison entre le CLSC, le CHCD, le CHSLD et le médecin traitant pour faciliter le suivi;
- planification précoce du congé médical du CHCD ou du congé des services externes avec le CLSC;
- partage des données d'évaluation de la clientèle âgée pour favoriser la complémentarité et la continuité des services, dans le respect de la confidentialité (grille commune d'évaluation);
- structure de concertation entre les collaborateurs du réseau de services intégrés;
- systèmes d'information standardisés sur la clientèle âgée afin d'assurer une transmission d'informations statistiques entre les collaborateurs et avec la Régie régionale.

L'implantation du guichet unique CLSC vise des **résultats** précis :

- l'identification des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie;
- le maintien de la personne âgée à domicile le plus longtemps possible;
- le recours à l'hébergement permanent si les besoins du client le nécessitent;
- la responsabilité du gestionnaire de cas en CLSC dans le plan de services individualisé.

Les résultats attendus nécessitent une coordination accrue des collaborateurs à l'égard de l'usager, des changements dans les façons de faire, des communications et des liaisons efficaces.

La présence de ces éléments essentiels facilitera la continuité des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

APPENDICE 1

APPENDICE 1

OUTIL D'IDENTIFICATION DE FACTEURS DE RISQUES POUR LA CLIENTÈLE À LONG TERME

FACTEURS D'IDENTIFICATION SUR L'ÉTAT FONCTIONNEL ET DE SANTÉ	POINTS	COTE
Âge avancé (plus de 80 ans)	1	
Incapacité dans les AVD : Ménage (1), lessive (1), préparation de repas (1), courses (1)	4	
Ne peut se mobiliser sans aide ou appui : Transfert (1), marcher à l'intérieur (1), marcher à l'extérieur (1), Circuler en fauteuil roulant (1), utiliser les escaliers (1)	5	
Chute dans les trois derniers mois	1	
Hospitalisation au cours de l'année	1	
Condition médicale instable	1	
Déclaration personnelle d'une santé précaire	1	
Incapable de prendre ses médicaments	1	
Abus d'alcool et/ou de médicaments	1	
Alimentation déficiente	1	
Déficit auditif (1), visuel (1), du langage (1)	3	
ÉTAT PSYCHOLOGIQUE ET AFFECTIF		
Déficit cognitif : léger (1), modéré (2) sévère (3) Mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement	15	
Fonctions cognitives intactes mais jugement inapproprié	1	
Conditions psychiatriques instables ou chroniques	1	
Dépression et/ou anxiété	1	
Incapable de s'organiser	1	
SITUATION FAMILIALE ET/OU SOCIALE		
Vit seul	1	
Aidant principal épuisé	1	
Aucune famille vivant à proximité	1	
Pas d'amis ou voisins sur qui compter pour un soutien moral et une assistance	1	
SITUATION ÉCONOMIQUE		
Manque de revenus pour faire face à ses besoins primaires (nourriture, logement, habillement)	1	
Incapable de gérer ses biens ou n'ayant pas de représentant fiable	1	
TOTAL	45	

Suggestion d'utilisation

- moins de 10: priorité faible
- de 11 à 14 : priorité modérée
- de 15 à 20 : priorité forte
- 20 et plus : réponse immédiate

Outil développé par la Régie régionale de Montréal-Centre dans le cadre de l'implantation du guichet unique et adapté par le CLSC Notre-Dame de Grâce de Montréal-Ouest et le sous-comité de travail.

APPENDICE 1

OUTIL D'IDENTIFICATION DE FACTEURS DE RISQUES POUR LA CLIENTÈLE À LONG TERME

FACTEURS D'IDENTIFICATION SUR L'ÉTAT FONCTIONNEL ET DE SANTÉ	POINTS	COTE
Âge avancé (plus de 80 ans)	1	
Incapacité dans les AVD : Ménage (1), lessive (1), préparation de repas (1), courses (1)	4	
Ne peut se mobiliser sans aide ou appui : Transfert (1), marcher à l'intérieur (1), marcher à l'extérieur (1), Circuler en fauteuil roulant (1), utiliser les escaliers (1)	5	
Chute dans les trois derniers mois	1	
Hospitalisation au cours de l'année	1	
Condition médicale instable	1	
Déclaration personnelle d'une santé précaire	1	
Incapable de prendre ses médicaments	1	
Abus d'alcool et/ou de médicaments	1	
Alimentation déficiente	1	
Déficit auditif (1), visuel (1), du langage (1)	3	
ÉTAT PSYCHOLOGIQUE ET AFFECTIF		
Déficit cognitif : léger (1), modéré (2) sévère (3) Mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement	15	
Fonctions cognitives intactes mais jugement inapproprié	1	
Conditions psychiatriques instables ou chroniques	1	
Dépression et/ou anxiété	1	
Incapable de s'organiser	1	
SITUATION FAMILIALE ET/OU SOCIALE		
Vit seul	1	
Aidant principal épuisé	1	
Aucune famille vivant à proximité	1	
Pas d'amis ou voisins sur qui compter pour un soutien moral et une assistance	1	
SITUATION ÉCONOMIQUE		
Manque de revenus pour faire face à ses besoins primaires (nourriture, logement, habillement)	1	
Incapable de gérer ses biens ou n'ayant pas de représentant fiable	1	
TOTAL	45	

Suggestion d'utilisation

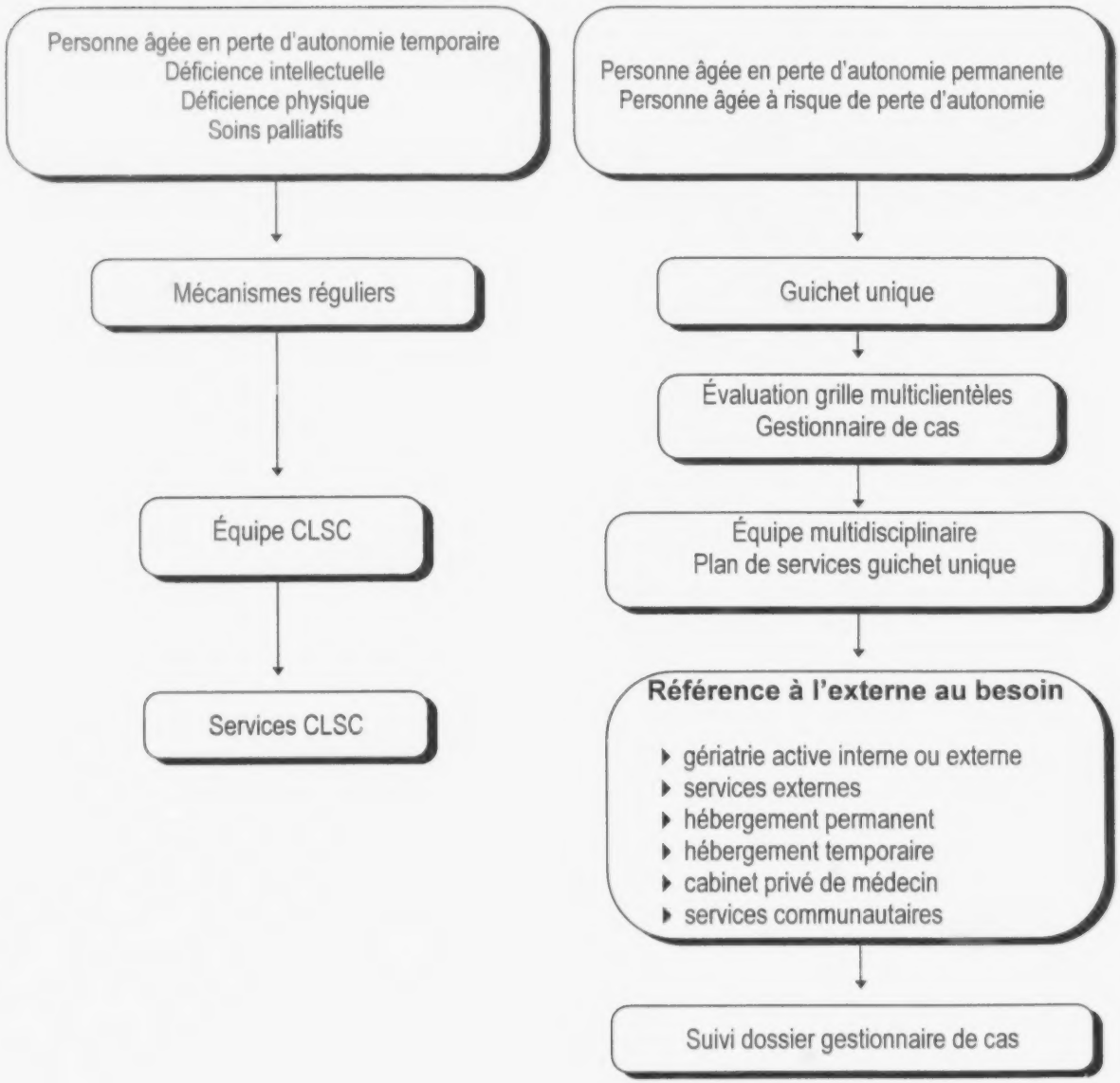
- moins de 10: priorité faible
- de 11 à 14 : priorité modérée
- de 15 à 20 : priorité forte
- 20 et plus : réponse immédiate

Outil développé par la Régie régionale de Montréal-Centre dans le cadre de l'implantation du guichet unique et adapté par le CLSC Notre-Dame de Grâce de Montréal-Ouest et le sous-comité de travail.

APPENDICE 2

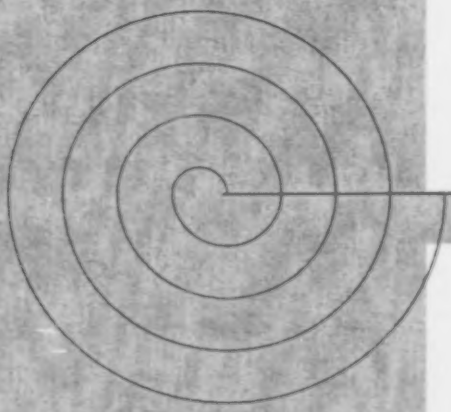
APPENDICE 2

PROCESSUS D'ACCUEIL
AU PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE



Annexe 2

Réseau de services intégrés
aux personnes âgées
et autres adultes en
perte d'autonomie



Services de soutien à domicile

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la réflexion d'un comité de travail composé de représentants des établissements concernés. Nous remercions tous et chacun de leur précieuse collaboration.

COMITÉ SUR LA PROGRAMMATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE EN CLSC

Robyne Bellemare
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Pierre Bertrand
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Francine Charade
CLSC Jean-Olivier-Chénier

Andrée Chénier
CLSC Thérèse-de-Blainville

André Deshaies
Régie régionale

Élizabeth Jean
CLSC des Hautes-Laurentides

Francine Laurier
CLSC Arthur-Buies

Ginette Leblanc
Régie régionale

Georges LeGal
CLSC Arthur-Buies

Lise Massicotte
CLSC d'Argenteuil

Denise Vanier
CLSC-CHSLD des Trois Vallées

SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Page

1. Contexte 1

2. Définition 1

3. Objectifs 2

4. Clientèle visée 2

5. Services offerts 3

6. Processus d'intervention 6
   - 6.1 Accessibilité aux services 6
   - 6.2 Critères d'admissibilité 6
   - 6.3 Priorisation des demandes de services 7
   - 6.4 Niveaux d'intensité des besoins 9
   - 6.5 Composition de l'équipe multidisciplinaire 10
   - 6.6 Modalités de dispensation des services 10

7. Situation actuelle et situation visée 11

8. Suivi et évaluation 14

9. Conclusion 14

Tableaux

Tableau 1 Niveau de perte d'autonomie 10
Tableau 2 Situation visée 12
Tableau 3 Plan d'action 13

1. CONTEXTE

Le présent document est un **cadre de référence** théorique sur la programmation des services de soutien à domicile des CLSC de la région des Laurentides. Il se situe dans le contexte de l'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

Il présente des **standards de services** à appliquer par chacun des CLSC selon ses ressources disponibles.

Il vise la **clientèle** des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie qui représente une des principales clientèles desservies par les services de soutien à domicile des CLSC.

Le programme de soutien à domicile dessert également d'autres catégories de clientèles qui ne font pas partie de la clientèle visée par le présent document :

- les personnes handicapées;
- les personnes post-opérées, post-hospitalisées ou en convalescence;
- les personnes en phase terminale ou pré-terminale.

La clientèle des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie est constituée majoritairement de personnes âgées de 65 ans et plus. Elle comprend également des personnes âgées de moins de 65 ans qui présentent des caractéristiques similaires (profil gériatrique).

2. DÉFINITION

Les services de soutien à domicile sont définis dans le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les services à domicile de première ligne (page 4) :

« Les services à domicile qui seront mis en oeuvre ou qui seront consolidés dans une communauté comprennent notamment, pour les services courants :

- *des services de soins infirmiers et de soins médicaux;*
- *des services de réadaptation;*
- *des services psychosociaux;*
- *des services d'aide personnelle, d'aide domestique et de soutien civique;*
- *et enfin, des services de support aux proches, dont des services de répit et de dépannage. »*

3. OBJECTIFS

Le programme de soutien à domicile des CLSC vise l'objectif suivant :

> ***compte tenu des ressources disponibles et conformément aux critères d'admission, favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être, dans les meilleures conditions possibles, en leur dispensant des services, notamment à leur domicile, selon une approche globale et interdisciplinaire.***

4. CLIENTÈLE VISÉE

Dans le cadre du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, deux types de clientèles sont admissibles au programme de soutien à domicile :

- la clientèle âgée à risque de perte d'autonomie;
- la clientèle âgée en perte d'autonomie permanente.

Cette clientèle est majoritairement constituée de personnes âgées de 65 ans et plus. Elle comprend également des personnes âgées de moins de 65 ans présentant des caractéristiques similaires (profil gériatrique).

- Clientèle âgée à risque de perte d'autonomie

La personne âgée à risque de perte d'autonomie a des incapacités d'ordre physique, psychique ou social dues à une ou des pathologies aiguës ou chroniques ou présente une diminution des capacités fonctionnelles. Son environnement social et son état psychologique ne favorisent pas suffisamment la récupération ou la stabilisation de son état de santé et de son autonomie.

Sans un soutien suffisant et une bonne coordination des services, elle risque de connaître à court ou à moyen terme, une perte d'autonomie qui nécessitera une intervention interdisciplinaire à long terme.

- Clientèle âgée en perte d'autonomie permanente

La personne âgée en perte d'autonomie permanente a des incapacités d'ordre physique, psychique ou social dues à des pathologies aiguës ou chroniques avec un besoin de services sur une période prolongée.

Elle est atteinte de plusieurs incapacités fonctionnelles et présente une combinaison des grands facteurs suivants : incontinence, immobilité, syndrome de chute, problèmes cognitifs, problèmes psychiques (dépression, troubles de comportement, immobilisme), problèmes iatrogéniques (surmédication).

5. SERVICES OFFERTS

Selon la disponibilité des ressources et conformément aux critères d'admission, sept types de services sont offerts à la clientèle âgée visée.

- *Soins infirmiers*

Les soins infirmiers consistent principalement :

- en des interventions d'ordre curatif, préventif et palliatif;
- réalisées généralement à court terme;
- avec objectif d'enseignement et de prise en charge par la personne âgée et ses proches.

Ils comprennent des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi.

Ils consistent entre autres en des prélèvements et des injections, des soins de plaie, des soins de stomie, de la supervision et du traitement avec des équipements spécialisés et des fournitures médicales, de la surveillance nursing, des soins palliatifs.

- *Services médicaux*

Les services médicaux regroupent un ensemble d'interventions comprenant des activités d'évaluation, de diagnostic, de prescription, de traitement et de suivi.

- *Services spécialisés*

Les services spécialisés comprennent la physiothérapie, l'ergothérapie, l'inhalothérapie et la nutrition. Ils consistent en des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi.
Ils visent à minimiser les incapacités de la personne âgée et leurs conséquences, à développer les habiletés compensatoires, à maintenir les acquis et à adapter l'environnement dans le but de favoriser un fonctionnement maximal de la personne âgée dans son milieu de vie.

Des équipements sont disponibles pour les personnes âgées répondant aux critères dans le but de compenser leurs incapacités.

- Services psychosociaux

Les services psychosociaux visent principalement à restaurer et à maintenir l'équilibre psychologique et social des personnes âgées. Ils consistent entre autres en des activités d'évaluation des besoins, d'intervention et de suivi à court terme.

Ils visent entre autres des objectifs :

- de réinsertion sociale;
- de réorganisation du milieu;
- d'adaptation aux changements du milieu de vie;
- d'utilisation des ressources de la communauté;
- de prévention des problèmes de santé mentale;
- de dépistage et de prévention des situations de négligence et d'abus.

- Services d'aide

Les services d'aide comportent des interventions visant :

- à compenser les pertes d'autonomie fonctionnelle dans la réalisation des activités primaires et essentielles de la vie quotidienne, domestique et sociale;

- à stimuler les capacités fonctionnelles résiduelles des personnes âgées.

Ils comprennent les services suivants dispensés par le CLSC ou selon d'autres modalités :

- les services **d'assistance personnelle** regroupant entre autres les soins d'hygiène de base, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts;

- les services **d'aide domestique** disponibles sur base ponctuelle, selon les ressources, à l'intérieur d'un plan d'intervention; comprenant entre autres la préparation des repas, l'approvisionnement, l'entretien ménager et la lessive;

- les services de **soutien civique** regroupant les services requis pour compenser un manque de capacité face à certaines exigences de la vie quotidienne comme administrer un budget, rédiger des documents, remplir des formulaires, accomplir diverses démarches.

- Services de support aux proches

Les services de support aux proches visent à assurer un repos ou une période de relâche aux aidants naturels d'une personne âgée en perte d'autonomie. Ils sont dispensés soit par le CLSC, soit par le biais d'allocations directes, en collaboration avec les divers collaborateurs concernés par l'hébergement temporaire, tels les CHSLD et les CHCD.

Ils comprennent entre autres :

- les services de **gardiennage** fournis dans le but d'assurer la relève des aidants naturels et de compenser en partie la charge de responsabilité de la garde de la personne âgée en perte d'autonomie;

- les services de **répit** qui sont des mesures planifiées permettant aux proches un temps de détente et de ressourcement afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins spécifiques d'une personne âgée présentant une ou plusieurs incapacités. La personne âgée est généralement prise en charge par une autre ressource en hébergement temporaire;

- les services de **dépannage** dans des situations hors de l'ordinaire, habituellement graves, imprévisibles et temporaires; ils visent à résoudre la difficulté des aidants naturels à répondre aux besoins particuliers d'une personne âgée ayant une ou plusieurs incapacités;

- les groupes **d'entraide et de support** aux aidants naturels qui visent à apporter un support d'information, d'éducation et d'échange pour faciliter l'acceptation de nouvelles situations reliées à une incapacité et l'adaptation à ces situations.

- Services d'action communautaire

Les services d'action communautaire comprennent des activités de groupe qui sont offertes en complément aux interventions faites à domicile, telles :

- l'aide à la création de groupes d'entraide;
- l'information et la référence de la population vers les ressources communautaires.

6. PROCESSUS D'INTERVENTION

6.1 Accessibilité aux services

Les demandes de services peuvent être acheminées au CLSC durant les heures d'ouverture régulières.

Les services sont dispensés généralement durant les heures d'ouverture régulières du CLSC.

La dispensation de certains services peut s'effectuer de jour, de soir ou de nuit, la semaine, la fin de semaine ou les congés fériés, selon les besoins et les ressources disponibles.

Les demandes de services sont traitées et répondues selon les mécanismes d'accès définis dans le document sur le processus de gestion des cas par le guichet unique des CLSC.

6.2 Critères d'admissibilité

La personne âgée en perte d'autonomie admissible au programme de soutien à domicile doit répondre aux cinq critères d'admission suivants :

- Évaluation professionnelle

Avoir un besoin de services attesté par une évaluation professionnelle établie à partir de la grille d'évaluation multiclientèles.

- Participation de l'usager et de ses proches

Accepter de participer au plan d'intervention et de recevoir les services requis.

- Non-couverture par d'autres programmes

Ne bénéficier de la couverture d'aucun autre programme gouvernemental pour des services de même type (ex. : CSST, SAAQ, Anciens combattants, Services aux autochtones).

- Territoire de résidence

Résider sur le territoire desservi par le CLSC concerné.

- Lieu de résidence

Résider dans un domicile entendu au sens suivant :

- une maison privée, un logement, un appartement, une chambre;
- une résidence privée d'hébergement de type chambre et pension (services prévus dans le cadre de référence régional et non couverts par le bail);
- une ressource de type familial (services pour lesquels elle n'est pas rémunérée).
-

À noter que sont exclus

- les ressources intermédiaires;
- les établissements d'hébergement publics, privés conventionnés et non conventionnés.

6.3 *Priorisation des demandes de services*

La demande de services doit être traitée dans les meilleurs délais et tenir compte de l'urgence de la situation.

- Priorisation des évaluations

La priorisation des évaluations des demandes de services peut s'établir selon quatre niveaux de priorités :

Priorité 1 : Immédiat

- situation de crise;
- danger imminent pour la santé et la sécurité;
- risque d'hospitalisation ou d'hébergement imminent si pas de service à domicile.

Priorité 2 : Moins de 48 heures

- situation de crise potentielle;
- danger potentiel pour la sécurité de l'usager ou des proches;
- risque de détérioration de la situation biopsychosociale à très court terme;
- risque d'hospitalisation ou d'hébergement à très court terme si pas de service à domicile;
- besoin d'une intervention nursing à très court terme.

Priorité 3 : Moins d'une semaine

◊ pas de crise ou de danger appréhendé;
◊ pas de risque de détérioration de la situation biopsychosociale à court terme;
◊ peu de risque d'hospitalisation ou d'hébergement prématuré;
◊ milieu en voie d'épuisement;
◊ besoin d'une intervention nursing à court terme.

Priorité 4 : Moins de deux semaines

◊ usager en sécurité;
◊ faible risque de détérioration prévisible;
◊ milieu peut compenser temporairement;

- Priorisation dans la dispensation des services

Une fois l'évaluation de la demande complétée, la priorisation des cas pour la dispensation des services s'effectue par l'équipe multidisciplinaire selon les cinq critères suivants :

- lourde perte d'autonomie de la personne âgée;
- épuisement émotionnel ou physique du réseau naturel de la personne âgée;
- insuffisance ou absence d'implication du réseau de support naturel;
- conjonction de divers facteurs d'ordre psychosocial (ex. : isolement, violence, abus, négligence);
- à risque de demande de placement en milieu substitut.

À priorité égale, la date d'inscription de la demande de services pourrait servir de facteur discriminant entre deux demandes.

6.4 *Niveaux d'intensité des besoins*

L'intensité des services varie en fonction des besoins du client et des ressources disponibles.

Selon le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), on peut établir chez une personne âgée en perte d'autonomie trois niveaux d'intensité des besoins.

- Légère perte d'autonomie (niveau moins 1)

- la personne âgée peut avoir besoin d'une surveillance ou d'une stimulation pour accomplir ses activités de la vie quotidienne (AVQ), ses activités de la vie domestique (AVD) et sur le plan de la mobilité;
- la personne âgée peut souffrir d'incapacités légères sur le plan de la communication et des fonctions mentales.

- Moyenne perte d'autonomie (niveau moins 2)

- la personne âgée peut avoir besoin d'aide pour accomplir ses activités de la vie quotidienne (AVQ), ses activités de la vie domestique (AVD) et sur le plan de la mobilité;
- la personne âgée peut souffrir d'incapacités modérées sur le plan de la communication et des fonctions mentales.

- Lourde perte d'autonomie (niveau moins 3)

- la personne âgée peut être totalement dépendante d'autrui pour accomplir ses activités de la vie quotidienne; (AVQ), ses activités de la vie domestique (AVD) et sur le plan de la mobilité;
- la personne âgée peut souffrir d'incapacités sévères sur le plan de la communication et des fonctions mentales.

TABLEAU 1
NIVEAU DE PERTE D'AUTONOMIE

ACTIVITÉS	NIVEAU DE PERTE D'AUTONOMIE		
	LÉGÈRE NIVEAU -1	MOYENNE NIVEAU -2	LOURDE NIVEAU -3
Activités de la vie quotidienne (AVQ)	Surveillance ou stimulation	Aide d'autrui	Dépendance totale
Activités de la vie domestique (AVD)	Surveillance ou stimulation	Aide d'autrui	Dépendance totale
Mobilité	Surveillance ou stimulation	Aide d'autrui	Dépendance totale
Communication	Incapacités légères	Incapacités modérées	Incapacités sévères
Fonctions mentales	Incapacités légères	Incapacités modérées	Incapacités sévères

6.5 *Composition de l'équipe multidisciplinaire*

L'équipe multidisciplinaire de soutien à domicile peut comprendre entre autres les neuf types d'intervenants suivants :

- infirmières
- médecins
- physiothérapeutes
- ergothérapeutes
- inhalothérapeutes
- nutritionnistes
- auxiliaires familiales
- intervenants psychosociaux
- intervenants communautaires

6.6 *Modalités de dispensation des services*

Les services de soutien à domicile peuvent être dispensés selon les modalités suivantes, à certaines conditions :

- soit par le **personnel** du CLSC;
- soit par un autre **organisme sans but lucratif**, suite à une entente de services (aide domestique, gardiennage);
- soit par le biais **d'allocations directes** à la clientèle âgée pour l'achat de services privés :
  - assistance personnelle, aide domestique, gardiennage, soutien civique (ex. : programmes SISAD, DIMOS).

7. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

Le programme de soutien à domicile est actuellement implanté dans les sept CLSC mais il est sous-financé si l'on compare le per capita régional au per capita provincial.

En effet, en 1996-1997, la région des Laurentides se situait au treizième rang sur seize parmi les régions du Québec avec un per capita du programme de soutien à domicile en CLSC de 23,29 $ par rapport au per capita provincial de 35,20 $. Il aurait fallu alors injecter 5,5 M$ pour hausser le per capita régional au niveau du per capita provincial.

Le financement de ces nouvelles ressources devra s'effectuer par réallocation intra-établissement, intra-régionale ou interrégionale. Le plan triennal 1999-2002 devra prendre en compte le besoin de nouvelles ressources humaines pour développer le programme de soutien à domicile et prévoir des sommes substantielles à chaque année pour compenser l'augmentation et l'alourdissement de la clientèle de soutien à domicile. L'objectif sera de hausser le per capita régional le plus près possible du per capita provincial, compte tenu des ressources de la région des Laurentides.

D'ailleurs, au cours des quatre dernières années, les budgets de soutien des CLSC sont passés de 9,2 M$ en 1995-1996 à 16,7 M$ en 1998-1999, soit une hausse de 52 %. En termes de per capita, celui-ci est passé de 21,25 $ en 1995-1996 à 36,65 $ en 1998-1999.

Le développement du programme de soutien à domicile aura un impact sur la quantité de personnel des CLSC qui dispensent des services à domicile. Ainsi, il faudra embaucher du personnel supplémentaire pour répondre aux besoins grandissants de la population, tant au niveau des soins nursing et des soins d'assistance à la personne que des services psychosociaux et de réadaptation.

Chacun des CLSC aura donc à analyser les besoins des diverses clientèles desservies par le programme de soutien à domicile et à y répondre le mieux possible en s'assurant que la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie reçoive sa juste part des services de façon à favoriser son maintien en milieu de vie naturel avec la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme de soutien à domicile implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CLSC et les autres collaborateurs du réseau de services intégrés, en particulier les services gériatriques des centres hospitaliers, les services externes des CHSLD, les cliniques médicales privées et les organismes communautaires.

Le développement du programme de soutien à domicile aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des services offerts et les impliquer dans le plan d'intervention qui les concernent.

TABLEAU 1
NIVEAU DE PERTE D'AUTONOMIE

ACTIVITÉS	NIVEAU DE PERTE D'AUTONOMIE		
	LÉGÈRE NIVEAU -1	MOYENNE NIVEAU -2	LOURDE NIVEAU -3
Activités de la vie quotidienne (AVQ)	Surveillance ou stimulation	Aide d'autrui	Dépendance totale
Activités de la vie domestique (AVD)	Surveillance ou stimulation	Aide d'autrui	Dépendance totale
Mobilité	Surveillance ou stimulation	Aide d'autrui	Dépendance totale
Communication	Incapacités légères	Incapacités modérées	Incapacités sévères
Fonctions mentales	Incapacités légères	Incapacités modérées	Incapacités sévères

6.5 *Composition de l'équipe multidisciplinaire*

L'équipe multidisciplinaire de soutien à domicile peut comprendre entre autres les neuf types d'intervenants suivants :

- ➢infirmières
- ➢médecins
- ➢physiothérapeutes
- ➢ergothérapeutes
- ➢inhalothérapeutes
- ➢nutritionnistes
- ➢auxiliaires familiales
- ➢intervenants psychosociaux
- ➢intervenants communautaires

6.6 *Modalités de dispensation des services*

Les services de soutien à domicile peuvent être dispensés selon les modalités suivantes, à certaines conditions :

- soit par le **personnel** du CLSC;
- soit par un autre **organisme sans but lucratif**, suite à une entente de services (aide domestique, gardiennage);
- soit par le biais **d'allocations directes** à la clientèle âgée pour l'achat de services privés :
  - assistance personnelle, aide domestique, gardiennage, soutien civique (ex. : programmes SISAD, DIMOS).

7. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

Le programme de soutien à domicile est actuellement implanté dans les sept CLSC mais il est sous-financé si l'on compare le per capita régional au per capita provincial.

En effet, en 1996-1997, la région des Laurentides se situait au treizième rang sur seize parmi les régions du Québec avec un per capita du programme de soutien à domicile en CLSC de 23,29 $ par rapport au per capita provincial de 35,20 $. Il aurait fallu alors injecter 5,5 M$ pour hausser le per capita régional au niveau du per capita provincial.

Le financement de ces nouvelles ressources devra s'effectuer par réallocation intra-établissement, intra-régionale ou interrégionale. Le plan triennal 1999-2002 devra prendre en compte le besoin de nouvelles ressources humaines pour développer le programme de soutien à domicile et prévoir des sommes substantielles à chaque année pour compenser l'augmentation et l'alourdissement de la clientèle de soutien à domicile. L'objectif sera de hausser le per capita régional le plus près possible du per capita provincial, compte tenu des ressources de la région des Laurentides.

D'ailleurs, au cours des quatre dernières années, les budgets de soutien des CLSC sont passés de 9,2 M$ en 1995-1996 à 16,7 M$ en 1998-1999, soit une hausse de 52 %. En termes de per capita, celui-ci est passé de 21,25 $ en 1995-1996 à 36,65 $ en 1998-1999.

Le développement du programme de soutien à domicile aura un impact sur la quantité de personnel des CLSC qui dispensent des services à domicile. Ainsi, il faudra embaucher du personnel supplémentaire pour répondre aux besoins grandissants de la population, tant au niveau des soins nursing et des soins d'assistance à la personne que des services psychosociaux et de réadaptation.

Chacun des CLSC aura donc à analyser les besoins des diverses clientèles desservies par le programme de soutien à domicile et à y répondre le mieux possible en s'assurant que la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie reçoive sa juste part des services de façon à favoriser son maintien en milieu de vie naturel avec la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme de soutien à domicile implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CLSC et les autres collaborateurs du réseau de services intégrés, en particulier les services gériatriques des centres hospitaliers, les services externes des CHSLD, les cliniques médicales privées et les organismes communautaires.

Le développement du programme de soutien à domicile aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des services offerts et les impliquer dans le plan d'intervention qui les concernent.

TABLEAU 2
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Rehaussement du per capita régional au niveau du per capita provincial	Analyse des données financières provinciales et régionales pour le calcul des per capita	Coût à déterminer
Ressources humaines suffisantes au niveau des soins nursing, des soins d'assistance, des services psychosociaux et de réadaptation	Ajout de personnel au niveau des soins nursing, des soins d'assistance, des services psychosociaux et de réadaptation	Coût à déterminer
Mécanismes de liaison avec les collaborateurs bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs	
Mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Élaboration d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs	
Clientèle des personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie bien informée sur les services disponibles	Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée	
Indicateurs de performance standardisés et validés	Élaboration d'indicateurs de performance	

TABLEAU 3
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE À LA CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE OU À RISQUE DE L'ÊTRE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE NATUREL ET DE PRÉVENIR OU RETARDER LE RECOURS À L'INSTITUTIONNALISATION

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
Rehausser le per capita régional au niveau du per capita provincial	Réallouer des budgets visant à augmenter l'offre de services	Régie régionale	CLSC
Établir des mécanismes de liaison entre les collaborateurs concernés	Identifier des agents de liaison au niveau des collaborateurs concernés	CLSC	CHCD CHSLD
Établir des mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs (grille multiclientèles)	CLSC	CHCD CHSLD
Informer la clientèle âgée admissible sur les services de soutien à domicile disponibles	• Élaborer des outils d'information destinés à la population âgée • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être	CLSC	CHCD CHSLD
Effectuer le suivi du programme de soutien à domicile	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque territoire • Assurer le suivi régional via le comité de soutien à domicile (COSAD) • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés	• CLSC • Comité de coordination de chaque territoire • Comité de soutien à domicile	CHCD CHSLD

TABLEAU 2
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Rehaussement du per capita régional au niveau du per capita provincial	Analyse des données financières provinciales et régionales pour le calcul des per capita	Coût à déterminer
Ressources humaines suffisantes au niveau des soins nursing, des soins d'assistance, des services psychosociaux et de réadaptation	Ajout de personnel au niveau des soins nursing, des soins d'assistance, des services psychosociaux et de réadaptation	Coût à déterminer
Mécanismes de liaison avec les collaborateurs bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs	
Mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Élaboration d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs	
Clientèle des personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie bien informée sur les services disponibles	Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée	
Indicateurs de performance standardisés et validés	Élaboration d'indicateurs de performance	

TABLEAU 3
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE À LA CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE OU À RISQUE DE L'ÊTRE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE NATUREL ET DE PRÉVENIR OU RETARDER LE RECOURS À L'INSTITUTIONNALISATION

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
Rehausser le per capita régional au niveau du per capita provincial	Réallouer des budgets visant à augmenter l'offre de services	Régie régionale	CLSC
Établir des mécanismes de liaison entre les collaborateurs concernés	Identifier des agents de liaison au niveau des collaborateurs concernés	CLSC	CHCD CHSLD
Établir des mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs (grille multiclientèles)	CLSC	CHCD CHSLD
Informer la clientèle âgée admissible sur les services de soutien à domicile disponibles	• Élaborer des outils d'information destinés à la population âgée • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être	CLSC	CHCD CHSLD
Effectuer le suivi du programme de soutien à domicile	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque territoire • Assurer le suivi régional via le comité de soutien à domicile (COSAD) • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés	• CLSC • Comité de coordination de chaque territoire • Comité de soutien à domicile	CHCD CHSLD

8. SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi de l'implantation de la programmation des services à domicile en CLSC sera assuré par le comité de travail qui a élaboré le document d'orientations régionales.

Le comité se réunira deux fois par année pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs, s'il y a lieu. Il pourrait s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin.

Ses recommandations seront acheminées au comité des présidents des comités de coordination du réseau de services intégrés.

Il faudra également assurer une évaluation périodique de la performance du programme afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience dans le cadre des objectifs du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

- Indicateurs

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du programme de soutien à domicile sont les suivants :

- volume d'usagers inscrits en soutien à domicile du 1er avril au 31 mars de chaque année;
- volume d'usagers en attente de services de soutien à domicile au 31 mars de chaque année;
- délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile;
- taux de réponse aux besoins de la clientèle des services de soutien à domicile.

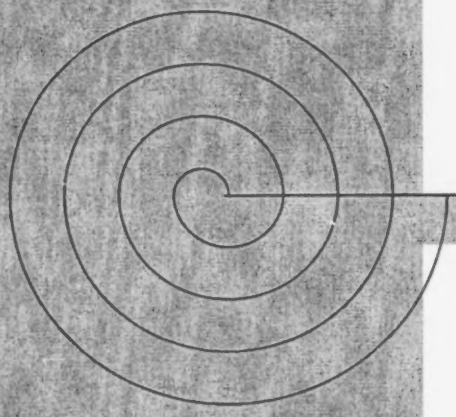
9. CONCLUSION

Dans le contexte du vieillissement de la population, il devient donc impérieux d'assurer un programme complet de services de soutien à domicile afin de favoriser un maintien dans le milieu de vie naturel et un maintien de l'autonomie des personnes.

De plus, les services de soutien à domicile des CLSC doivent faire partie intégrante du réseau intégré des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie afin d'assurer une continuité et une complémentarité entre les différentes instances concernées.

Annexe 3

Réseau de services intégrés
aux personnes âgées
et autres adultes en
perte d'autonomie



Services externes en CHSLD

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la réflexion d'un comité de travail composé de représentants des établissements concernés. Nous remercions tous et chacun de leur précieuse collaboration.

COMITÉ SUR LA PROGRAMMATION DES SERVICES EXTERNES

Germain Beauséjour
CHSLD de la Rivière du Nord

Lyse Bouchard
CHSLD Drapeau Deschambault

Raymond Cadieux
CH-CR Antoine-Labelle

Marie-Josée Campeau
CH d'Argenteuil

Francine Cousineau
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

André Deshaies
Régie régionale

Jacqueline Gagnon
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Rosette Gagnon
Régie régionale

Josée Gill
CH Laurentien

Ginette Lavigne
CHSLD de la Rive et de Mirabel

Ginette Leblanc
Régie régionale

Giselaine Mainville
CH d'Argenteuil

Danielle Marchand
CH Laurentien

Johanne Mongeau
CHSLD de la Rivière du Nord

Hélène Richer
CH Laurentien

Christian Roberge
CLSC-CHSLD des Trois Vallées

SERVICES EXTERNES EN CHSLD

Page

1. Contexte 1
2. Définition 2
3. Objectifs 2
4. Clientèle visée 2
5. Services offerts 4
   - 5.1 Récupération des capacités fonctionnelles 5
   - 5.2 Maintien des capacités fonctionnelles 6
   - 5.3 Halte-répit 8
   - 5.4 Activités sociorécréatives 9
6. Processus d'intervention 9
7. Situation actuelle et situation visée 10
8. Suivi et évaluation 14
9. Conclusion 14

Tableaux

Tableau 1 Exemples d'activités (interventions surtout individuelles) 5
Tableau 2 Composition de l'équipe multidisciplinaire 6
Tableau 3 Exemples d'activités (interventions surtout de groupes) 7
Tableau 4 Composition de l'équipe multidisciplinaire 7
Tableau 5 Exemples d'activités 8
Tableau 6 Situation visée 12
Tableau 7 Plan d'action 13

1. CONTEXTE

Dans le contexte de l'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie dans chacun des territoires de la région, il est apparu important de se doter d'une **programmation complète et commune des services externes en CHSLD** qui assure à chaque territoire les volets de récupération et de maintien des capacités fonctionnelles, de halte-répit et d'activités sociorécréatives dans un programme de services externes. C'est l'objectif du présent document.

Les services externes pour les personnes âgées en perte d'autonomie relèvent de la **mission CHSLD** en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Historiquement, les activités dispensées par territoire étaient soit de type centre de jour, soit de type hôpital de jour.

Les **centres de jour** sont apparus dans la région des Laurentides à la fin des années 70 et au début des années 80. Ils se retrouvaient surtout en centres d'accueil d'hébergement (CAH) et visaient le maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans le document d'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publié en 1986, le centre de jour était défini comme « une ressource qui offre à une clientèle âgée inscrite et qui présente une perte d'autonomie pouvant entraver son maintien à domicile, des programmes et activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation.»

Les **hôpitaux de jour** ont vu le jour dans les années 80. Ils se retrouvaient surtout en centres hospitaliers de soins prolongés (CHSP) et visaient la récupération des capacités fonctionnelles des personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans le document d'orientation du MSSS publié en 1986, l'hôpital de jour était défini comme « un service dans un centre hospitalier qui reçoit en externe des personnes âgées qui, en raison de leurs multidysfonctionnalités physiques associées à des troubles psychosociaux, requièrent des soins médicaux, infirmiers et de réadaptation qu'elles ne pourraient recevoir ailleurs sans être hospitalisées.»

Dans la région des Laurentides, quatre territoires de CLSC sont pourvus des services de **centre de jour** : Jean-Olivier-Chénier, Pays-d'en-Haut, Trois Vallées et Hautes-Laurentides. Deux autres territoires bénéficient des services **d'hôpital de jour** : Arthur-Buies et Thérèse-de-Blainville. Quant au territoire d'Argenteuil, il a développé récemment les deux volets de services.

Le présent document vise à décrire les services externes requis par la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie sans égard aux structures traditionnelles de services connues sous les appellations « centre de jour » et « hôpital de jour ».

Il est à noter que le volet évaluation diagnostique sera traité dans le document sur les services gériatriques en centre hospitalier. En effet, l'organisation de services privilégiée dans la région vise la dispensation des services d'évaluation diagnostique en milieu hospitalier en raison de la présence d'un plateau technique qu'on ne retrouve pas en CHSLD.

2. DÉFINITION

Les services externes se définissent comme un ensemble d'activités dispensées en externe à une clientèle de personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être et d'autres adultes avec multiproblématiques (profil gériatrique) dans le but de restaurer et de maintenir leurs capacités fonctionnelles et ainsi de leur permettre de demeurer dans leur milieu de vie avec un degré d'autonomie optimal.

3. OBJECTIFS

L'objectif visé par le programme de services externes est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être et des autres adultes avec multi-problématiques (profil gériatrique) dans les meilleures conditions possible en intervenant de façon préventive et en leur dispensant des services sur les plans biologique, cognitif et psychosocial, sur une base externe, selon une approche interdisciplinaire.

4. CLIENTÈLE VISÉE

La clientèle visée par le programme de services externes est celle des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie et autres adultes avec multiproblématiques (profil gériatrique).

Leur état de santé ou leur état fonctionnel peut compromettre leur maintien à domicile. Elles ont donc besoin de services sur les plans biologique, cognitif et psychosocial, sur base externe, pour pouvoir continuer à vivre dans leur milieu actuel.

Ces personnes âgées vivent à leur domicile, en résidence privée d'hébergement, en ressource intermédiaire ou en résidence d'accueil.

En terme d'âge, la clientèle visée pourrait être priorisée ainsi, compte tenu des ressources disponibles dans chaque territoire :

- les personnes âgées de **75 ans et plus** qui sont à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie permanente;
- les personnes âgées de **65 à 74 ans** qui sont en perte d'autonomie permanente;
- les personnes âgées de **moins de 65 ans** à profil gériatrique qui sont en perte d'autonomie permanente.

La clientèle visée comprenant les personnes âgées à risque de perte d'autonomie, il est convenu qu'à l'intérieur de chacun des programmes d'activités ou par des activités spécifiques, un accent particulier sera mis sur la **prévention de la perte d'autonomie** afin de maintenir le plus possible l'intégrité de la personne âgée dans ses capacités biopsychosociales.

La clientèle visée vit ou est à risque de vivre des problématiques sur les plans biologique, cognitif et psychosocial.

- Problématiques sur le plan biologique

Le plan biologique réfère aux **capacités fonctionnelles** de la personne sur le plan moteur ainsi qu'aux **problèmes chroniques de santé** pouvant affecter une personne (ex. : diabète, hypertension, obésité).

La **déficience motrice** réfère aux incapacités relatives à la mobilité et à l'agilité et aux troubles et séquelles d'ordre neuro-musculo-squelettique ou neuro-sensori-moteur pouvant affecter une personne.

La personne avec une déficience physique sur le plan moteur est atteinte de façon significative et persistante d'une déficience des capacités motrices à caractère stable ou évolutif, entraînant des limitations fonctionnelles et des situations de handicap. Les **limitations fonctionnelles** affectent en particulier les activités de la vie quotidienne, les activités de la vie domestique, la mobilité et les déplacements.

- Problématiques sur le plan cognitif

Le plan cognitif réfère aux capacités fonctionnelles de la personne relatives à l'orientation dans l'espace et dans le temps, à l'orientation aux personnes, à la mémoire ancienne et récente, au jugement, à la compréhension et à la capacité d'apprentissage.

La déficience cognitive peut entraîner des limitations fonctionnelles au niveau des activités de la vie quotidienne, des activités de la vie domestique et des activités sociales et de loisirs.

- Problématiques sur le plan psychosocial

Le plan psychosocial réfère aux capacités fonctionnelles de la personne relativement aux dimensions psychologiques et sociales.

Sur le **plan psychologique**, la personne peut éprouver un sentiment de dévalorisation et une faible estime de soi suite à des problèmes d'ordre psychique comme l'état dépressif, les idées suicidaires, les idées paranoïdes, les troubles de comportement ou suite à des difficultés d'adaptation à des situations nouvelles telles le décès du conjoint ou d'un enfant, la retraite, le changement de milieu de vie.

Sur le **plan social**, la personne peut être en état de vulnérabilité et de dépendance au niveau de ses interrelations sociales en raison de plusieurs facteurs tels l'isolement ou la solitude, une situation d'abus, violence ou négligence, une condition socio-économique difficile (pauvreté, logement insalubre).

5. SERVICES OFFERTS

Le programme de services externes en CHSLD comprend les **quatre catégories de services** suivantes :

- récupération des capacités fonctionnelles;
- maintien des capacités fonctionnelles;
- halte-répit;
- activités sociorécréatives.

Il est offert à la clientèle-cible dans chacun des territoires, compte tenu des ressources disponibles.

5.1 *Récupération des capacités fonctionnelles*

- *Objectifs spécifiques*

Permettre à la personne âgée et autre adulte en perte d'autonomie de récupérer le maximum de ses capacités fonctionnelles sur les plans biologique, cognitif et psychosocial, lui permettant de demeurer dans son milieu naturel, et ce, dans des conditions adéquates, grâce à un enseignement (aspect socio-éducatif) et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale.

Maximiser le potentiel de la personne âgée à l'aide de techniques ou d'appareillages compensant la diminution de ses capacités fonctionnelles.

- *Clientèle spécifique*

Personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie avec multiproblématiques (profil gériatrique) dont l'état de santé et l'état fonctionnel nécessitent une réadaptation active afin de rétablir et d'améliorer l'équilibre au plan biopsychosocial.

TABLEAU 1
EXEMPLES D'ACTIVITÉS (interventions surtout individuelles)

PLAN BIOLOGIQUE	PLAN COGNITIF	PLAN PSYCHOSOCIAL
Services médicaux	Traitement en ergothérapie	Consultations individuelles
Soins infirmiers	Entraînement aux AVQ	Consultations conjugales
Traitement en physiothérapie	Entraînement aux AVD	Consultations familiales
Traitement en ergothérapie	Relations d'aide	Relations d'aide
Adaptation-prêt aides techniques	Support aux aidants	Support aux aidants naturels
Entraînement aux AVQ	naturels	Enseignement
Entraînement aux AVD	Enseignement	
Suivis de santé		
Enseignement		

5.1 *Récupération des capacités fonctionnelles*

- *Objectifs spécifiques*

Permettre à la personne âgée et autre adulte en perte d'autonomie de récupérer le maximum de ses capacités fonctionnelles sur les plans biologique, cognitif et psychosocial, lui permettant de demeurer dans son milieu naturel, et ce, dans des conditions adéquates, grâce à un enseignement (aspect socio-éducatif) et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale.

Maximiser le potentiel de la personne âgée à l'aide de techniques ou d'appareillages compensant la diminution de ses capacités fonctionnelles.

- *Clientèle spécifique*

Personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie avec multiproblématiques (profil gériatrique) dont l'état de santé et l'état fonctionnel nécessitent une réadaptation active afin de rétablir et d'améliorer l'équilibre au plan biopsychosocial.

TABLEAU 1
EXEMPLES D'ACTIVITÉS (interventions surtout individuelles)

PLAN BIOLOGIQUE	PLAN COGNITIF	PLAN PSYCHOSOCIAL
Services médicaux	Traitement en ergothérapie	Consultations individuelles
Soins infirmiers	Entraînement aux AVQ	Consultations conjugales
Traitement en physiothérapie	Entraînement aux AVD	Consultations familiales
Traitement en ergothérapie	Relations d'aide	Relations d'aide
Adaptation-prêt aides techniques	Support aux aidants	Support aux aidants naturels
Entraînement aux AVQ	naturels	Enseignement
Entraînement aux AVD	Enseignement	
Suivis de santé		
Enseignement		

TABLEAU 2
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE (à titre indicatif)

PLAN BIOLOGIQUE	PLAN COGNITIF	PLAN PSYCHOSOCIAL
Médecin	Médecin	Intervenant social
Infirmière	Infirmière	Psychologue
Physiothérapeute ou technicien en réadaptation physique	Ergothérapeute	Éducateur
Ergothérapeute	Pharmacien	
Diététiste	Intervenant social	
Inhalothérapeute	Psychologue	
Orthophoniste	Éducateur	
Pharmacien		

Fréquence des services : maximum 3 fois par semaine (à titre indicatif)
Durée maximale des services : 3 mois (à titre indicatif)

5.2 *Maintien des capacités fonctionnelles*

- Objectifs spécifiques

Conserver chez la personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie les acquis nécessaires pour lui permettre de fonctionner adéquatement dans la vie quotidienne sur les plans biologique, cognitif et psychosocial et de demeurer dans son milieu de vie naturel, grâce à un enseignement (aspect socio-éducatif) et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale.

Prévenir une diminution ou une perte des capacités de la personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie pouvant entraîner la nécessité de recourir à un milieu d'hébergement institutionnel.

- Clientèle spécifique

Personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être ou autres adultes avec multi-problématiques (profil gériatrique) dont l'état de santé et l'état fonctionnel sont stabilisés et nécessitant des services de maintien des capacités fonctionnelles, sur une base externe. Leur état peut compromettre leur maintien dans leur milieu de vie naturel.

TABLEAU 2
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE (à titre indicatif)

PLAN BIOLOGIQUE	PLAN COGNITIF	PLAN PSYCHOSOCIAL
Médecin	Médecin	Intervenant social
Infirmière	Infirmière	Psychologue
Physiothérapeute ou technicien en réadaptation physique	Ergothérapeute	Éducateur
Ergothérapeute	Pharmacien	
Diététiste	Intervenant social	
Inhalothérapeute	Psychologue	
Orthophoniste	Éducateur	
Pharmacien		

Fréquence des services : maximum 3 fois par semaine (à titre indicatif)
Durée maximale des services : 3 mois (à titre indicatif)

5.2 *Maintien des capacités fonctionnelles*

- Objectifs spécifiques

Conserver chez la personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie les acquis nécessaires pour lui permettre de fonctionner adéquatement dans la vie quotidienne sur les plans biologique, cognitif et psychosocial et de demeurer dans son milieu de vie naturel, grâce à un enseignement (aspect socio-éducatif) et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale.

Prévenir une diminution ou une perte des capacités de la personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie pouvant entraîner la nécessité de recourir à un milieu d'hébergement institutionnel.

- Clientèle spécifique

Personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être ou autres adultes avec multi-problématiques (profil gériatrique) dont l'état de santé et l'état fonctionnel sont stabilisés et nécessitant des services de maintien des capacités fonctionnelles, sur une base externe. Leur état peut compromettre leur maintien dans leur milieu de vie naturel.

TABLEAU 3

EXEMPLES D'ACTIVITÉS (INTERVENTIONS SURTOUT DE GROUPES)

PLAN BIOLOGIQUE	PLAN COGNITIF	PLAN PSYCHOSOCIAL
Classes d'exercices Parkinsonniens Hémiplégiques Arthritiques Diabétiques Sclérose en plaques Motricité fine et globale Médication Prévention des chutes	Réminiscence Orientation dans la réalité Stimulation Support aux aidants	Support aux aidants Socialisation Adaptation au deuil Réinsertion sociale Entraide Motivation-valorisation

TABLEAU 4

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE (À TITRE INDICATIF)

PLAN BIOLOGIQUE	PLAN COGNITIF	PLAN PSYCHOSOCIAL
Physiothérapeute ou technicien en réadaptation physique Ergothérapeute Infirmière	Ergothérapeute Infirmière Éducateur Intervenant social	Intervenant social Éducateur Infirmière

Fréquence des services : 1 à 2 fois par semaine (à titre indicatif)
Durée maximale des services : 12 mois (à titre indicatif)
Note : Réadmission possible sur référence du guichet unique

5.3 *Halte-répit*

- Objectif spécifique

Prévenir ou retarder le plus possible l'hébergement en milieu institutionnel en offrant du répit aux aidants naturels :

- soit par une prise en charge temporaire de personnes âgées ou autres adultes en perte d'autonomie sur base externe;

- soit par un support à un organisme communautaire ou à une ressource privée intéressé à offrir un tel service (support professionnel, prêt de locaux et d'équipements).

- Clientèle spécifique

Personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie avec multiproblématiques (profil gériatrique) qui représentent un poids important pour les aidants naturels qui en ont la charge en raison de problèmes physiques et surtout de troubles cognitifs ou de comportements perturbateurs.

Ces personnes sont en attente d'hébergement ou seraient éligibles à un hébergement mais leur famille veut les maintenir à domicile.

TABLEAU 5
EXEMPLES D'ACTIVITÉS

ACTIVITÉS INDIVIDUELLES	ACTIVITÉS DE GROUPES
Support individuel aux aidants naturels	Activités de type occupationnel Groupes de support aux aidants

Fréquence des services : 1 à 3 fois par semaine (à titre indicatif)
Durée maximale des services : indéterminée (selon les besoins du client et des aidants naturels)

5.4 *Activités sociorécréatives*

- Objectif spécifique

Organiser un programme d'activités sociorécréatives avec l'aide de bénévoles ou supporter les organismes communautaires intéressés à offrir des activités à caractère sociorécréatif à des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie, sur base externe, afin de maintenir leur niveau d'autonomie et de prévenir une détérioration de leur état.

- Clientèle spécifique

Personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie et autres adultes en perte d'autonomie dont l'état de santé et l'état fonctionnel sont stabilisés mais vivant une situation de vulnérabilité et nécessitant des activités de socialisation à cause de la présence de facteurs de risques tels la solitude et l'isolement, des interrelations sociales déficientes, une situation socio-économique difficile.

- Exemples d'activités de groupes

Exercices physiques	Sorties
Jeux de société	Voyages
Activités de création	Camps de vacances
Activités thématiques	Activités musicales

Fréquence des services : 1 à 2 fois par semaine (à titre indicatif)
Durée maximale des services : indéterminée (selon les besoins du client)

6. PROCESSUS D'INTERVENTION

L'implantation et le succès d'un programme de services externes reposent sur un processus d'intervention centré sur le client et basé sur la participation du client et de sa famille.

Ainsi, l'**accueil** et l'**inscription** de l'usager sont assurés dès l'arrivée afin de permettre une meilleure connaissance du client.

L'évaluation des besoins de l'usager se réalise selon une **approche interdisciplinaire** et en lien avec les évaluations antérieures réalisées par d'autres dispensateurs de services.

5.3 Halte-répit

- Objectif spécifique

Prévenir ou retarder le plus possible l'hébergement en milieu institutionnel en offrant du répit aux aidants naturels :

- soit par une prise en charge temporaire de personnes âgées ou autres adultes en perte d'autonomie sur base externe;
- soit par un support à un organisme communautaire ou à une ressource privée intéressé à offrir un tel service (support professionnel, prêt de locaux et d'équipements).

- Clientèle spécifique

Personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie avec multiproblématiques (profil gériatrique) qui représentent un poids important pour les aidants naturels qui en ont la charge en raison de problèmes physiques et surtout de troubles cognitifs ou de comportements perturbateurs.

Ces personnes sont en attente d'hébergement ou seraient éligibles à un hébergement mais leur famille veut les maintenir à domicile.

TABLEAU 5
EXEMPLES D'ACTIVITÉS

ACTIVITÉS INDIVIDUELLES	ACTIVITÉS DE GROUPES
Support individuel aux aidants naturels	Activités de type occupationnel Groupes de support aux aidants

Fréquence des services : 1 à 3 fois par semaine (à titre indicatif)
Durée maximale des services : indéterminée (selon les besoins du client et des aidants naturels)

5.4 *Activités sociorécréatives*

- Objectif spécifique

Organiser un programme d'activités sociorécréatives avec l'aide de bénévoles ou supporter les organismes communautaires intéressés à offrir des activités à caractère sociorécréatif à des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie, sur base externe, afin de maintenir leur niveau d'autonomie et de prévenir une détérioration de leur état.

- Clientèle spécifique

Personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie et autres adultes en perte d'autonomie dont l'état de santé et l'état fonctionnel sont stabilisés mais vivant une situation de vulnérabilité et nécessitant des activités de socialisation à cause de la présence de facteurs de risques tels la solitude et l'isolement, des interrelations sociales déficientes, une situation socio-économique difficile.

- Exemples d'activités de groupes

Exercices physiques	Sorties
Jeux de société	Voyages
Activités de création	Camps de vacances
Activités thématiques	Activités musicales

Fréquence des services : 1 à 2 fois par semaine (à titre indicatif)
Durée maximale des services : indéterminée (selon les besoins du client)

6. PROCESSUS D'INTERVENTION

L'implantation et le succès d'un programme de services externes reposent sur un processus d'intervention centré sur le client et basé sur la participation du client et de sa famille.

Ainsi, l'**accueil** et l'**inscription** de l'usager sont assurés dès l'arrivée afin de permettre une meilleure connaissance du client.

L'évaluation des besoins de l'usager se réalise selon une **approche interdisciplinaire** et en lien avec les évaluations antérieures réalisées par d'autres dispensateurs de services.

L'élaboration, la réalisation, le suivi et la réévaluation d'un **plan d'intervention** selon une approche interdisciplinaire sont assurés à chaque usager avec la participation de celui-ci et de sa famille. Des **rencontres d'équipe multidisciplinaire** permettent d'échanger autour des plans d'intervention des clients et favorisent l'intégration des approches professionnelles.

La demande pour une admission en services externes est adressée au guichet unique du CLSC. Elle peut provenir du médecin traitant, du médecin de l'urgence, du médecin de l'évaluation diagnostique ou d'autres intervenants professionnels.

Durant le séjour et au départ, le **suivi** est fait auprès du gestionnaire de cas du CLSC qui assure la continuité des services du réseau intégré.

Des **rencontres** ou des **contacts téléphoniques** avec la famille du client et des visites à domicile sont effectués au besoin afin d'assurer un bon arrimage entre les services et les ressources du milieu naturel du client.

Du support peut être fourni à des **organismes communautaires** en participant par exemple à des activités à caractère socio-éducatif.

Divers services de soutien sont mis en place pour appuyer la dispensation des programmes à la clientèle :

- des services de transport (ex. : par minibus) et de repas peuvent être offerts à la clientèle âgée, moyennant une légère contribution;

- des services de coordination et de secrétariat assurent le soutien logistique au programme.

7. *SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE*

La programmation des services externes en CHSLD est partiellement implantée dans les divers territoires de CLSC de la région. Certains territoires n'offrent présentement que le programme de maintien des capacités fonctionnelles, soit les territoires de Jean-Olivier-Chénier, Pays-d'en-Haut, Trois-Vallées et Hautes-Laurentides. Le territoire de Thérèse-de-Blainville n'offre présentement que le programme de récupération des capacités fonctionnelles. Quant aux territoires d'Arthur-Buies et d'Argenteuil, ils offrent les deux volets de récupération et de maintien des capacités fonctionnelles. Les sept territoires de CLSC devront donc offrir les quatre volets de la programmation des services externes.

Des réallocations budgétaires devront être effectuées dans ce programme par réallocation intra-établissement, intra-régionale ou interrégionale. Le plan triennal 1999-2002 devra prendre en compte les besoins de ressources au niveau des services externes des CHSLD. Selon la norme de financement du MSSS pour les hôpitaux de jour, soit 30 000 $ par place à raison de 1,5 place par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, il faudrait injecter 560 000 $ dans les CHSLD de la région au cours des prochaines années pour atteindre cette norme d'ici 2001.

Le développement du programme de services externes aura un impact sur la quantité de personnel des CHSLD qui dispensent des services. Ainsi, il faudra embaucher du personnel supplémentaire pour répondre aux besoins grandissants de la population, en particulier au niveau du personnel de réadaptation.

Chacun des CHSLD aura donc à analyser les besoins des diverses clientèles desservies par ses programmes tant à l'interne qu'à l'externe et à y répondre le mieux possible en s'assurant que la clientèle des services externes reçoive sa juste part des services de façon à favoriser son maintien en milieu de vie naturel avec la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme de services externes implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CHSLD et les autres collaborateurs du réseau de services intégrés, en particulier le guichet unique des CLSC, les services gériatriques des centres hospitaliers, les cliniques médicales privées et les organismes communautaires.

Il faudra en particulier développer davantage l'interface entre les programmes de récupération et de maintien des acquis des CHSLD et le programme de clinique externe gériatrique des centres hospitaliers afin d'assurer une continuité et une complémentarité des services à la clientèle.

Le développement du programme de services externes aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des services offerts et les impliquer dans le plan d'intervention qui les concernent.

TABLEAU 6
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Les quatre volets de la programmation sont offerts dans tous les territoires de CLSC	Développement des volets de programmation manquants dans chacun des territoires de CLSC	Coût à déterminer
Personnel de réadaptation en nombre suffisant pour la récupération et le maintien des capacités fonctionnelles de la clientèle admissible	Ajout de personnel de réadaptation : physiothérapie, ergothérapie	Coût à déterminer
Mécanismes de liaison avec les collaborateurs bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs	
Mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Utilisation d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs (grille multiclientèles)	
Clientèle des personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie bien informée sur les services disponibles	Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée	
Indicateurs de performance standardisés et validés	Élaboration d'indicateurs de performance	

TABLEAU 7
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES EXTERNES EN CHSLD À LA CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE OU À RISQUE DE L'ÊTRE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE NATUREL ET DE PRÉVENIR OU RETARDER LE RECOURS À L'INSTITUTIONNALISATION

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
Rehausser le budget des services externes au niveau des normes provinciales en hôpital de jour	• Réallouer des budgets visant à augmenter l'offre de services externes en CHSLD	• Régie régionale	• CHSLD
Établir des mécanismes de liaison entre les collaborateurs concernés	• Identifier des agents de liaison au niveau des collaborateurs concernés	• CHSLD	• CLSC • CHCD
Établir des mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	• Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs (grille multi-clientèles)	• CHSLD	• CLSC • CHCD
Informer la clientèle âgée admissible sur les services externes disponibles en CHSLD	• Élaborer des outils d'information destinés à la population âgée • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être	• CHSLD	• CLSC • CHCD
Effectuer le suivi du programme de services externes en CHSLD	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque territoire • Assurer le suivi régional via le comité de travail sur les services externes • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés	• CHSLD • Comité de coordination de chaque territoire • Comité de travail régional	• CHCD • CLSC

TABLEAU 6
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Les quatre volets de la programmation sont offerts dans tous les territoires de CLSC	Développement des volets de programmation manquants dans chacun des territoires de CLSC	Coût à déterminer
Personnel de réadaptation en nombre suffisant pour la récupération et le maintien des capacités fonctionnelles de la clientèle admissible	Ajout de personnel de réadaptation : physiothérapie, ergothérapie	Coût à déterminer
Mécanismes de liaison avec les collaborateurs bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs	
Mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Utilisation d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs (grille multiclientèles)	
Clientèle des personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie bien informée sur les services disponibles	Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée	
Indicateurs de performance standardisés et validés	Élaboration d'indicateurs de performance	

TABLEAU 7
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES EXTERNES EN CHSLD À LA CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE OU À RISQUE DE L'ÊTRE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE NATUREL ET DE PRÉVENIR OU RETARDER LE RECOURS À L'INSTITUTIONNALISATION

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
Rehausser le budget des services externes au niveau des normes provinciales en hôpital de jour	• Réallouer des budgets visant à augmenter l'offre de services externes en CHSLD	• Régie régionale	• CHSLD
Établir des mécanismes de liaison entre les collaborateurs concernés	• Identifier des agents de liaison au niveau des collaborateurs concernés	• CHSLD	• CLSC • CHCD
Établir des mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	• Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs (grille multi-clientèles)	• CHSLD	• CLSC • CHCD
Informer la clientèle âgée admissible sur les services externes disponibles en CHSLD	• Élaborer des outils d'information destinés à la population âgée • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être	• CHSLD	• CLSC • CHCD
Effectuer le suivi du programme de services externes en CHSLD	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque territoire • Assurer le suivi régional via le comité de travail sur les services externes • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés	• CHSLD • Comité de coordination de chaque territoire • Comité de travail régional	• CHCD • CLSC

8. SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi de l'implantation de la programmation des services externes en CHSLD sera assuré par le comité de travail qui a élaboré le document d'orientation régional.

Le comité se réunira régulièrement durant la phase d'implantation; par la suite, il se réunira au moins deux fois par année pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs s'il y a lieu. Il pourrait s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin.

Ses recommandations seront acheminées au comité des présidents des comités de coordination du réseau de services intégrés.

Il faudra également assurer une évaluation périodique de la performance du programme afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience dans le cadre des objectifs du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

- *Indicateurs*

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du programme de services externes sont les suivants :

- volume d'usagers inscrits du 1er avril au 31 mars de chaque année;
- volume d'usagers en attente au 31 mars de chaque année;
- délai moyen d'attente;
- durée moyenne de séjour.

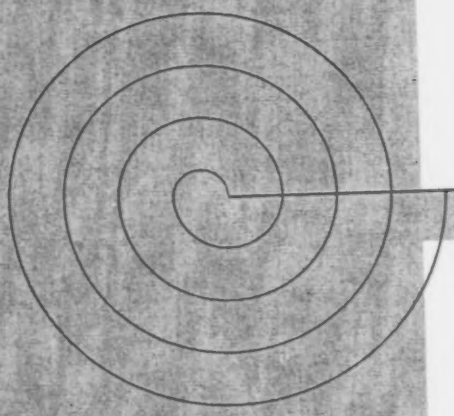
9. CONCLUSION

Dans le contexte du vieillissement de la population, il devient donc impérieux d'implanter un programme complet de services externes en CHSLD afin de favoriser un maintien dans le milieu de vie naturel et un maintien de l'autonomie des personnes.

De plus, les services externes des CHSLD doivent faire partie intégrante du réseau intégré des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie afin d'assurer une continuité et une complémentarité entre les différentes instances concernées.

Annexe 4

Réseau de services intégrés
aux personnes âgées
et autres adultes en
perte d'autonomie



Services gériatriques en centre hospitalier de soins de courte durée

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la réflexion de deux comité de travail composé de représentants des établissements concernés. Nous remercions tous et chacun de leur précieuse collaboration.

COMITÉ MULTIDISCIPLINAIRE SUR LES SERVICES GÉRIATRIQUES EN CENTRE HOSPITALIER

Johanne Boutet
CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Caroline Boyer
CH St-Eustache

Jacinthe Campeau
CH-CR Antoine-Labelle

Marie-Josée Campeau
CH d'Argenteuil

Sylvie Castonguay
CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Marco Charlton
CH Laurentien

Louis Cossette
CH St-Eustache

André Deshaies
Régie régionale

Manon Desjardins
CH St-Eustache

Annik Dupras
Régie régionale

Sophie Forest
CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme

François Labelle
CH-CR Antoine-Labelle

Marc Lalonde
CH Laurentien

Ginette Leblanc
Régie régionale

Christiane Lefrançois
CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Michel Massé
CH-CR Antoine-Labelle

Ghislaine Tessier
CH St-Eustache

Ginette Thibault
CH d'Argenteuil

COMITÉ SUR LA GRILLE DE DÉPISTAGE DES CLIENTS GÉRIATRIQUES À L'URGENCE

Marie-Josée Campeau
CH Laurentien

Yves Cyr
CH-CR Antoine-Labelle

André Deshaies
Régie régionale

Marjolaine Dubé
CH Laurentien

Linda Landry
CH-CR Antoine-Labelle

Marie Marchand
CH St-Eustache

Agathe Racine
CH St-Eustache

Hélène Saumure
CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme

SERVICES GÉRIATRIQUES EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE

Page

1. Contexte 1

2. Définition 3

3. Objectifs 3

4. Bénéfices de l'approche gériatrique 3

5. Clientèle visée 4

6. Services offerts 6
   - 6.1 Programme de dépistage 7
   - 6.2 Service interne de consultations gériatriques 8
   - 6.3 Unité de courte durée gériatrique 9
   - 6.4 Clinique externe d'évaluation gériatrique 12

7. Processus d'intervention 14
   - 7.1 L'équipe multidisciplinaire 14
   - 7.2 Rôles des professionnels 15

8. Situation actuelle et situation visée 22

9. Suivi et évaluation 26

10. Conclusion 28

Tableaux

Tableau 1 Caractéristiques du client gériatrique 5
Tableau 2 Situation visée 24
Tableau 3 Plan d'action 25

Appendice 1 Outil de dépistage à l'urgence ISAR
Appendice 2 Estimation du nombre de lits requis en gériatrie (pour 2001)

1. CONTEXTE

- *Historique*

Le concept de l'approche gériatrique globale a été décrit pour la première fois dans les années 30 en Grande-Bretagne par le docteur Marjory Warren.

Alors qu'elle était responsable médicale d'un hôpital de soins de longue durée, docteur Warren avait constaté que la majorité des clients âgés de cet hôpital étaient alités et dépendants. Ils avaient été négligés sur le plan médical, étant non diagnostiqués ou mal diagnostiqués pour des conditions souvent réversibles par un traitement et une réadaptation appropriés.

Le Dr Warren a donc créé les premières unités spécialisées d'évaluation gériatrique dans lesquelles elle évaluait systématiquement chacun de ses clients et leur offrait une réadaptation appropriée. La majorité de ses clients ont retrouvé leur capacité à la marche, une meilleure autonomie et plusieurs d'entre eux ont pu retourner à domicile.

C'est suite à cette expérience qu'on a compris l'importance d'une évaluation appropriée des capacités et des incapacités ainsi que l'importance de la réadaptation fonctionnelle dans le devenir de ces clients. Cette approche a donné naissance à ce que l'on appelle aujourd'hui **l'approche gériatrique globale**.

Depuis les premiers modèles d'évaluation globale gériatrique en Grande-Bretagne, cette philosophie s'est répandue à travers le monde et s'est implantée à différents niveaux de services.

C'est ainsi que se sont développés les unités de courte durée gériatrique, les unités de réadaptation gériatrique, les services de consultation gériatrique, les hôpitaux de jour, les centres de jour ainsi que les soins à domicile.

- *Contexte*

Il est bien connu que le vieillissement est associé à l'apparition de pluripathologies et à des difficultés d'adaptation. Ceci entraîne l'apparition de limitations fonctionnelles, d'incapacités qui, si elles ne sont pas compensées, deviennent un handicap.

L'âge est associé à une augmentation de la consommation des services médicaux se traduisant par une augmentation de la fréquence des visites médicales, des hospitalisations, de la durée de séjour hospitalier, de la susceptibilité aux complications nosocomiales (infections, déconditionnement, confusion, décès, etc.) ainsi que d'une augmentation de l'institutionnalisation.

La personne âgée est plus susceptible que l'adulte d'âge moyen de recevoir des soins inadéquats pour sa condition (sous-diagnostic, sous-traitement, acharnement thérapeutique, etc.) ce qui affecte inévitablement sa qualité de vie et sa dignité.

Quelques raisons expliquent cette iniquité dans la qualité des soins à cette population :

- le manque de formation de l'équipe soignante sur :
  - les syndromes gériatriques;
  - les subtilités du traitement de cette clientèle;
  - les problématiques reliées au vieillissement;
  - l'approche à la personne âgée malade;

- le manque d'intérêt envers cette clientèle qui nécessite beaucoup de temps et de ressources;

- l'insuffisance de personnel et des ressources.

Devant le vieillissement prévu de la population dans les deux prochaines décennies et l'augmentation de la demande de services qui en découlera, devant les orientations vers le virage ambulatoire et le contrôle souhaité des coûts de notre système de santé, il est impératif de restructurer et d'augmenter l'efficacité des services de soins aux personnes âgées.

Il faut aussi s'assurer que les ressources requises soient suffisantes pour répondre à ces objectifs et pour offrir un système de soins appropriés à leurs besoins.

Contrairement à la personne adulte jeune, la personne âgée maintient un équilibre beaucoup plus précaire pour préserver son autonomie dans la communauté. Cette fragilité nécessite non seulement des interventions ponctuelles pour rétablir l'équilibre, mais aussi longitudinales pour prévenir d'éventuelles crises. Les situations de crises sont nombreuses dans cette population et nécessitent souvent une intervention interdisciplinaire (médicale, nursing, réadaptation et psychosociale).

D'autre part, les objectifs de soins sont souvent différents du jeune adulte. En effet, en plus des pathologies aiguës curables, les problèmes de santé chez le client âgé sont souvent chroniques, nécessitant un traitement de soutien à long terme ou palliatif.

L'approche des soins du client âgé est donc différente de celle du jeune adulte, justifiant ainsi un programme de services de soins adapté.

Nous préconisons donc dans ce document une approche spécifique pour cette clientèle-cible qui sera identifiée sous l'appellation «client gériatrique».

2. DÉFINITION

L'approche gériatrique globale se définit comme étant :

- un **processus d'évaluation diagnostique interdisciplinaire** multidimensionnel centré sur la détermination des capacités et problèmes physiques, fonctionnels et psychosociaux du client;
- et, d'autre part, comme un **processus d'interventions interdisciplinaires** sur ces problèmes identifiés.

3. OBJECTIFS

Les **objectifs** de l'approche gériatrique globale sont :

- de préciser les diagnostics afin d'optimaliser l'intervention biopsychosociale;
- d'améliorer ou de préserver l'état fonctionnel du client et d'offrir du support à son réseau social;
- de conseiller, d'éduquer à la prévention, d'informer sur la médication, sur les services disponibles et sur le milieu de vie approprié; l'approche gériatrique globale suppose la participation du client et de sa famille.

Et ce, afin de :

- favoriser le maintien dans le milieu de vie naturel et ainsi éviter ou retarder l'institutionnalisation;
- déterminer les besoins à long terme;
- améliorer la qualité de vie du client;
- utiliser les différentes ressources de façon efficace et appropriée.

4. BÉNÉFICES DE L'APPROCHE GÉRIATRIQUE

Les résultats des études sur les bénéfices de cette approche sont très hétérogènes puisque le nombre de clients étudiés, les objectifs des programmes, la clientèle visée et les résultats diffèrent d'une étude à l'autre, reflétant ainsi l'originalité et les besoins différents des milieux sociaux pour lesquels ces programmes ont été localement conçus.

Plusieurs effets bénéfiques ont été observés, soit :

- amélioration de la précision des diagnostics et de l'état fonctionnel (physique et psychique);
- diminution de la polymédication, de la fréquence des hospitalisations en soins aigus, du taux d'hébergement.

Quelques études coûts-bénéfices, américaines entre autres, ont démontré une diminution globale des coûts. Aucune étude n'a démontré d'effets délétères de cette approche. Les programmes démontrés les plus efficaces sont les unités de courte durée gériatriques et les programmes d'évaluation à domicile. Cependant, les nombreuses limitations des études sur les autres programmes (consultations, hôpitaux de jour) ne nous permettent pas de conclure à leur inefficacité.

Les bénéfices démontrés sembleraient significativement plus importants pour les programmes comportant les caractéristiques suivantes :

- **clientèle ciblée** (exclusion des clients très fonctionnels ou avec pronostic très défavorable);
- **prise en charge interdisciplinaire** du client afin de garantir l'application des interventions biopsychosociales proposées (par opposition à un programme où les interventions sont suggérées à l'équipe traitante et dont l'application dépend de la décision finale de celle-ci);
- programmes assurant un **suivi à long terme** pour préserver les bénéfices acquis.

5. CLIENTÈLE VISÉE

La clientèle visée par le programme de services gériatriques est constituée prioritairement des personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie ainsi que des personnes âgées de 65 à 74 ans en perte d'autonomie et, exceptionnellement, des personnes âgées de moins de 65 ans avec profil gériatrique.

Selon le Précis pratique de gériatrie de Arcand-Hébert (édition 1997, page 809), les caractéristiques du client gériatrique et les conséquences de son état sont résumées au tableau suivant.

TABLEAU 1
CARACTÉRISTIQUES DU CLIENT GÉRIATRIQUE

CARACTÉRISTIQUES	CONSÉQUENCES
Présence de stigmates du vieillissement	• Fragilité • Difficulté à distinguer le normal du pathologique • Récupération plus lente • Toxicité accrue des médicaments
Présentation atypique ou non spécifique des maladies	• Difficulté à diagnostiquer les maladies
Symptômes non rapportés par le client âgé	• Retard à diagnostiquer les maladies
Maladies multiples et présence concomitante des grands syndromes gériatriques (incontinence, chute, dépression, etc.)	• Intrication des symptômes • Vulnérabilité accrue • Polymédication • Nécessité d'établir des priorités
Difficultés de communication associées en particulier à la surdité ou à la démence	• Collecte de données plus longue et laborieuse
Précarité psychosociale	• Influence déterminante des facteurs psychosociaux sur la maladie et le traitement • Difficultés d'adaptation aux pertes associées au vieillissement • Nécessité de l'approche globale

À ce tableau, on peut ajouter une autre caractéristique du client gériatrique, soit un état fonctionnel précaire ou détérioré (AVD, AVQ) qui compromet le maintien dans le milieu d'origine et la qualité de vie.

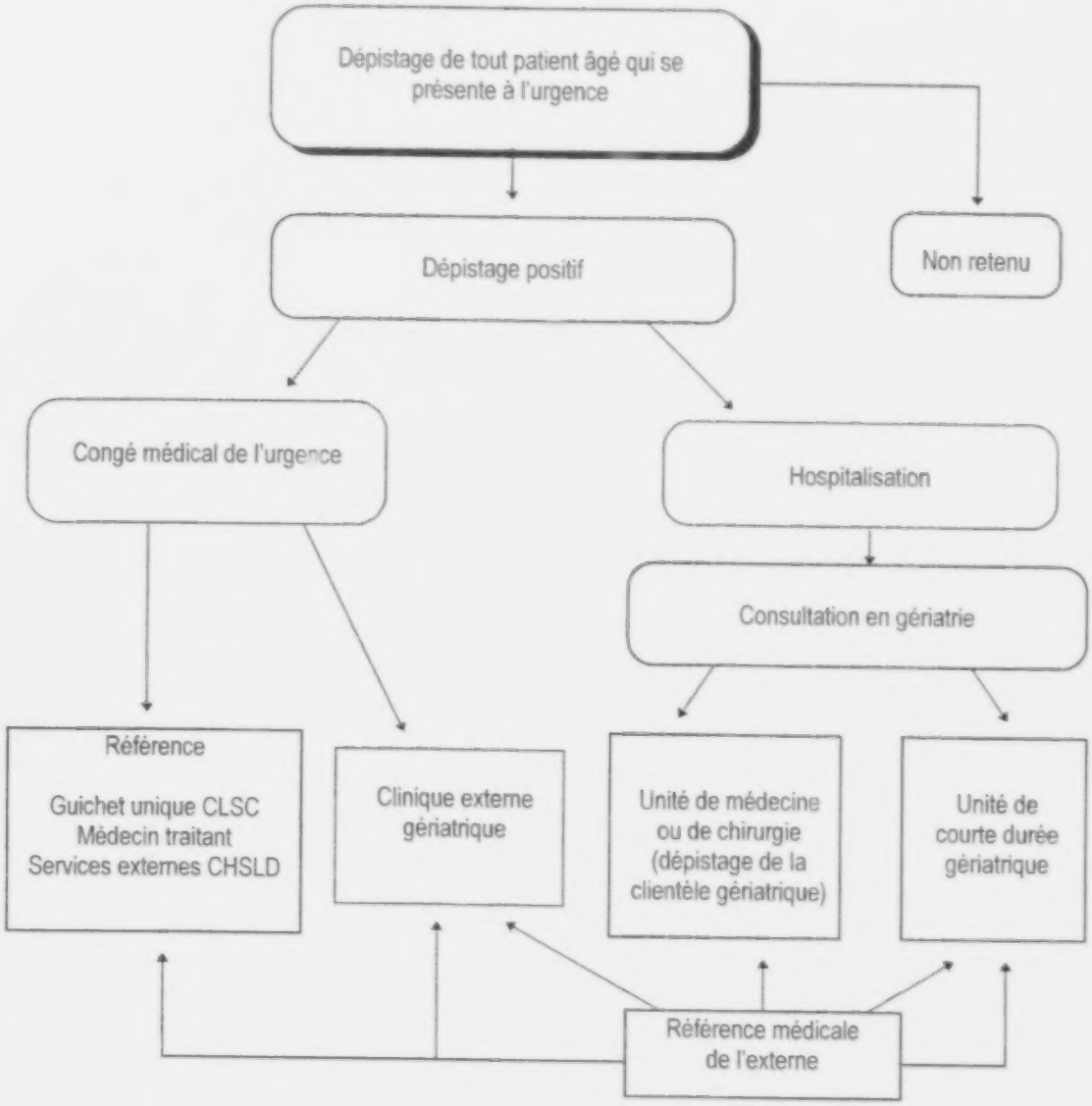
TABLEAU 1
CARACTÉRISTIQUES DU CLIENT GÉRIATRIQUE

CARACTÉRISTIQUES	CONSÉQUENCES
Présence de stigmates du vieillissement	• Fragilité • Difficulté à distinguer le normal du pathologique • Récupération plus lente • Toxicité accrue des médicaments
Présentation atypique ou non spécifique des maladies	• Difficulté à diagnostiquer les maladies
Symptômes non rapportés par le client âgé	• Retard à diagnostiquer les maladies
Maladies multiples et présence concomitante des grands syndromes gériatriques (incontinence, chute, dépression, etc.)	• Intrication des symptômes • Vulnérabilité accrue • Polymédication • Nécessité d'établir des priorités
Difficultés de communication associées en particulier à la surdité ou à la démence	• Collecte de données plus longue et laborieuse
Précarité psychosociale	• Influence déterminante des facteurs psychosociaux sur la maladie et le traitement • Difficultés d'adaptation aux pertes associées au vieillissement • Nécessité de l'approche globale

À ce tableau, on peut ajouter une autre caractéristique du client gériatrique, soit un état fonctionnel précaire ou détérioré (AVD, AVQ) qui compromet le maintien dans le milieu d'origine et la qualité de vie.

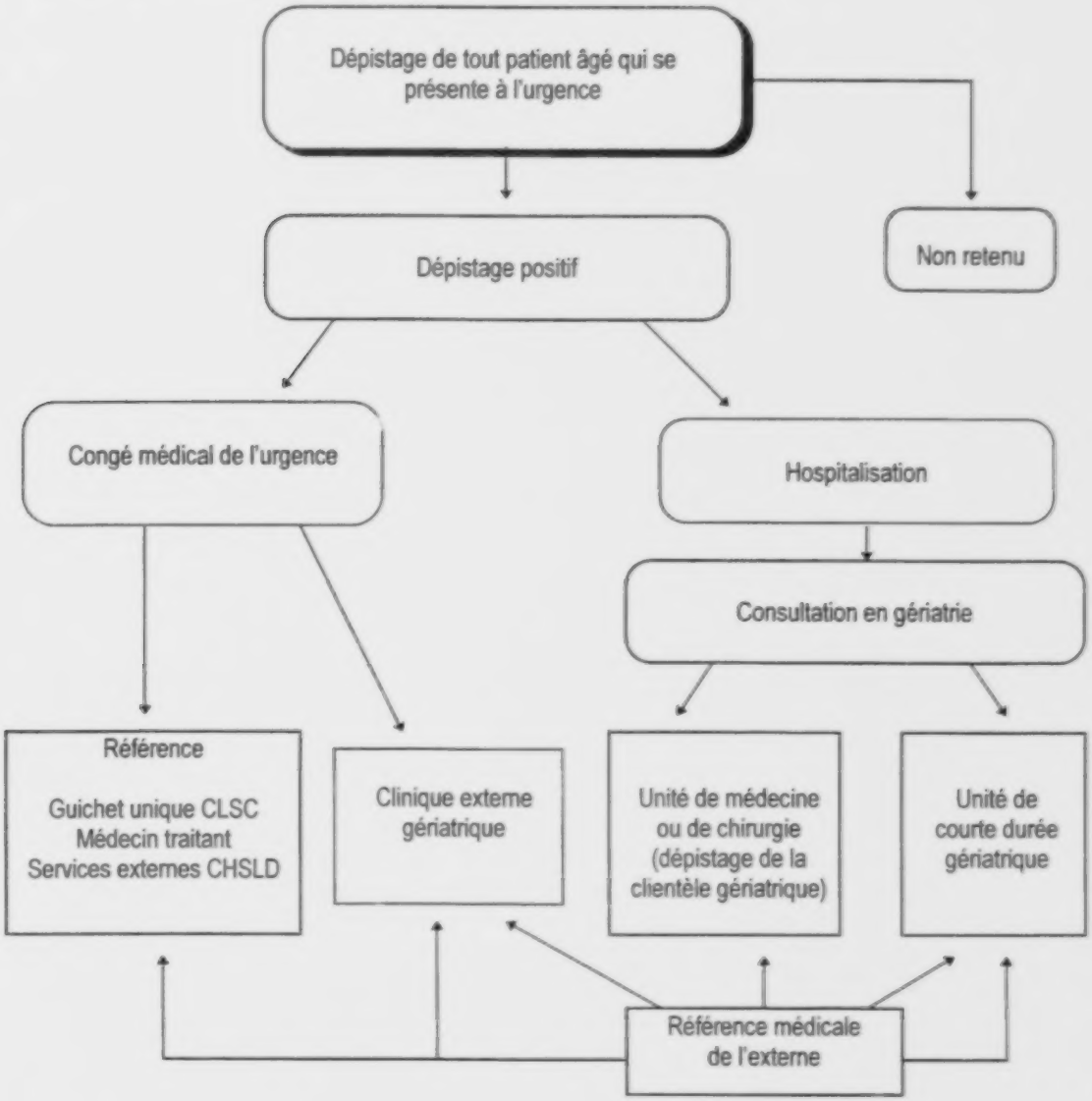
6. SERVICES OFFERTS

Le présent chapitre présente la gamme de services dispensés par les centres hospitaliers pour répondre aux besoins de la clientèle gériatrique. Il est important de noter que les services offerts en CHCD s'inscrivent dans un réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie mis en place pour desservir la clientèle âgée. Conséquemment, des liens étroits d'informations, d'échanges et de références doivent se concrétiser entre ces divers services, tel qu'illustré dans le diagramme suivant.



6. SERVICES OFFERTS

Le présent chapitre présente la gamme de services dispensés par les centres hospitaliers pour répondre aux besoins de la clientèle gériatrique. Il est important de noter que les services offerts en CHCD s'inscrivent dans un réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie mis en place pour desservir la clientèle âgée. Conséquemment, des liens étroits d'informations, d'échanges et de références doivent se concrétiser entre ces divers services, tel qu'illustré dans le diagramme suivant.



6.1 *Programme de dépistage*

- Rôle

Le programme de dépistage des clients de 65 ans et plus à risque de perte d'autonomie est principalement conçu pour être administré à l'urgence. Cependant, il peut également s'appliquer sur les unités de médecine et de chirurgie.

- Objectifs

- Diriger au besoin le client de façon précoce vers une évaluation gériatrique globale dans le but de suggérer des interventions pour :

  - prévenir la détérioration de l'état fonctionnel durant l'hospitalisation;
  - prévenir des situations de crises et la morbidité et la mortalité secondaires;
  - favoriser le maintien dans le milieu d'origine de façon sécuritaire;

  et ainsi diminuer la fréquentation de l'urgence, le recours à l'hospitalisation et l'hébergement permanent.

- Faire connaître de façon précoce au réseau de services intégrés, par le biais du guichet unique CLSC, tout client susceptible de nécessiter l'utilisation de services à plus ou moins brève échéance, et ce, afin :

  - d'anticiper les besoins et organiser de façon précoce les ressources nécessaires au congé afin d'éviter la prolongation inutile du séjour à l'hôpital ou la réhospitalisation précoce;
  - de pouvoir répondre rapidement aux besoins du client au moment nécessaire.

Le processus de dépistage permet de plus de sensibiliser le personnel traitant aux problématiques associées à l'hospitalisation et au congé d'un client gériatrique. Il peut également permettre de déceler des situations d'abus, de violence ou de négligence.

L'outil de dépistage à l'urgence qui est proposé est la grille ISAR (Identification Systématique des Aînés à Risque). Il est administré par l'infirmière au triage à l'urgence et transmis à l'infirmière de liaison qui assure le suivi soit à l'interne, soit à l'externe du centre hospitalier (voir grille en appendice 1). Un autre outil pourrait être élaboré pour le dépistage sur les unités.

- Processus de référence

Le client à risque de perte d'autonomie est :

- soit hospitalisé dans une unité de courte durée gériatrique ou dans une unité de médecine ou chirurgie avec ou sans suivi en gériatrie;

- soit référé au guichet unique CLSC qui assure la continuité des services du réseau intégré ainsi que, le cas échéant, au médecin traitant, aux services externes des CHSLD ou à la clinique externe gériatrique.

6.2 *Service interne de consultations gériatriques*

- Rôle

Il s'agit d'un service de consultations demandées par un médecin à un médecin ayant une compétence en gériatrie en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire en gériatrie visant à :

- offrir une expertise auprès des unités de médecine ou de chirurgie sur l'approche, le diagnostic et le traitement du client gériatrique;

- assurer un service d'évaluation globale gériatrique et un suivi pour les clients non admissibles à l'unité de courte durée gériatrique mais qui bénéficieraient de cette approche ou qui nécessiteraient seulement quelques interventions;

- offrir un service de suivi conjoint sur les soins pré, per et postopératoires des clients d'âge avancé qui doivent subir une intervention chirurgicale (v.g. fracture de hanche, chirurgie abdominale, etc.).

- Objectifs

- Minimiser la durée de séjour en :
  - diminuant les complications iatrogéniques auxquelles cette clientèle est susceptible;
  - maintenant les capacités fonctionnelles du client durant son séjour (éviter la dépendance en favorisant l'autonomie).

- Sensibiliser le personnel soignant aux problématiques entourant la personne âgée malade qui diffèrent de celles de la personne adulte jeune.

- Assurer l'orientation vers les services et un suivi médical appropriés au congé du client.

- Clientèle visée

Tout client de plus de 65 ans pour qui le médecin traitant juge qu'une intervention du service de gériatrie serait appropriée.

- Processus de référence

Concernant la provenance du client, celui-ci est référé par le médecin traitant, le médecin de l'urgence ou le médecin de la clinique externe.

Concernant la destination du client, celui-ci est référé au guichet unique CLSC qui assure la continuité des services du réseau intégré ainsi que, le cas échéant, au médecin traitant ou à la clinique externe gériatrique.

6.3 Unité de courte durée gériatrique (UCDG)

- Rôle

Unité d'évaluation, d'investigation, de traitement et de réadaptation brève des clients gériatriques ayant une condition médicale aiguë ou une détérioration de l'état de santé entraînant des incapacités fonctionnelles ou un risque d'incapacité fonctionnelle et nécessitant une hospitalisation de courte durée.

- Objectifs

- Préciser les diagnostics et offrir le traitement approprié.
- Améliorer l'autonomie fonctionnelle.
- Maintenir les capacités fonctionnelles du client à risque durant son séjour à l'hôpital.
- Prévenir les complications iatrogéniques auxquelles cette clientèle est susceptible.
- Favoriser le retour dans le milieu de vie d'origine.
- Informer et orienter le client vers les ressources appropriées au moment du congé et s'assurer qu'il y ait une continuité de services sur les plans biopsychosociaux.

- Critères d'admission

- Client de 65 ans et plus présentant une condition médicale aiguë ou une détérioration de l'état de santé nécessitant une hospitalisation et qui présente une ou plusieurs des conditions suivantes :

  - syndrome gériatrique : confusion, incontinence, instabilité à la marche, chutes, malnutrition;
  - pluripathologies avec polymédication;
  - problème psychosocial : syndrome dépressif, épuisement du milieu de support, situation d'abus, de violence ou de négligence;
  - détérioration physique ou cognitive de l'état fonctionnel dans les derniers mois.

- Client de 85 ans et plus présentant une condition médicale aiguë ou une détérioration de l'état de santé nécessitant une hospitalisation avec ou sans les conditions énumérées ci-dessus.

- Exceptionnellement, le client âgé de moins de 65 ans atteint d'une pathologie gériatrique (ex. : démence précoce, maladie de Parkinson) et qui présente une condition médicale aiguë ou une détérioration de l'état de santé nécessitant une hospitalisation avec une ou plusieurs des conditions énumérées au premier point.

- Critères d'exclusion

- Client qui, après évaluation, ne présente aucun pronostic de récupération.
- Client qui nécessite des soins intensifs.
- Client en phase terminale d'une maladie.
- Client avec démence avancée établie sans autre pathologie associée.
- Client dont le problème principal est un problème psychiatrique connu et récurrent (schizophrénie, maladie bipolaire, etc.).
- Client qui nécessite de la réadaptation mais qui ne présente plus de problèmes médicaux aigus (devra être orienté en réadaptation fonctionnelle intensive ou en services externes des CHSLD).
- Client présentant une condition médicale d'emblée chirurgicale (sera suivi au besoin par l'équipe de consultation).
- Client qui refuse l'intervention interdisciplinaire.

- Processus de référence

Selon la provenance du client, celui-ci est référé par le médecin traitant, le médecin de l'urgence ou le médecin de la clinique externe.

Selon la destination du client, celui-ci est référé au guichet unique CLSC qui assure la continuité des services du réseau intégré ainsi que, le cas échéant, au médecin traitant, aux services externes des CHSLD ou à la clinique externe gériatrique.

- L'équipe multidisciplinaire

Compte tenu de la multidisciplinarité des problématiques gériatriques, l'équipe de base doit être composée de tous les intervenants suivants : médecin, infirmière de liaison, infirmière soignante, travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, pharmacien, psychologue. L'équipe de base doit être stable et bien formée sur l'approche gériatrique.

L'**orthophoniste** est une ressource indispensable qui doit être disponible et accessible rapidement dans tous les milieux. Cependant, compte tenu du débit actuel dans chaque territoire, le nombre de clients nécessitant ce service en gériatrie ne justifie pas que celle-ci fasse partie actuellement de l'équipe de base. Elle devra être disponible en consultation et se joindra à l'équipe au besoin.

Il en est de même pour les services de **neuropsychologie** qui sont actuellement inexistants dans la région et qui devront être développés.

- Conditions pour un fonctionnement optimal

Quatre conditions doivent être en place pour assurer un fonctionnement optimal de l'unité de courte durée gériatrique :

1. Une intervention médicale quotidienne est requise d'un médecin avec un champ de pratique principalement en gériatrie, de préférence possédant une formation supplémentaire en gériatrie (omnipraticien avec certificat en soins de santé aux personnes âgées ou gériatre).

2. Le client doit être pris en charge par le médecin en gériatrie durant la période d'hospitalisation.

3. La présence d'un psychiatre consultant à l'équipe est également essentielle puisque plusieurs problématiques gériatriques comportent un volet psychiatrique.

4. Les professionnels de l'équipe sont indispensables à l'évaluation gériatrique globale; il est aussi important que la présence de ces intervenants à l'unité soit intensive, que les intervenants principaux comprennent bien le concept et l'utilité de l'approche gériatrique globale et que leur présence au sein de l'équipe soit stable.

La présence de l'ensemble de ces conditions permet de répondre aux objectifs suivants :

- faciliter le travail d'équipe;
- assurer une stabilité dans la continuité de soins;
- minimiser la durée d'hospitalisation.

Il est donc suggéré que les différents services désignent un ou plusieurs intervenants de leur discipline respective (selon les besoins locaux) qui pratiqueraient essentiellement auprès de la clientèle gériatrique. Dans la situation où les services de gériatrie auraient un débit insuffisant pour nécessiter des intervenants à temps plein, il serait important que les intervenants concernés assurent une présence quotidienne à l'unité, le nombre d'heures étant alors déterminé par la demande.

6.4 Clinique externe d'évaluation gériatrique

Le programme d'évaluation diagnostique en externe est prévu dans la programmation des services externes en CHSLD pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

Cependant, pour les territoires où les locaux des services externes en CHSLD se situeront à l'extérieur du centre hospitalier de courte durée (CHCD), le volet évaluation diagnostique de la clientèle à profil gériatrique sera offert en CHCD pour faciliter l'accès au plateau technique et éviter ainsi des délais d'investigation inutiles ainsi que des problèmes de transfert de résultats d'examen entre les établissements.

Pour les territoires où les services externes feront partie du CHCD, la clinique externe d'évaluation gériatrique interdisciplinaire s'intégrera à ce programme.

- Rôles

- Service externe de consultations médicales en gériatrie.
- Service externe d'évaluation/investigation interdisciplinaire pour les clients gériatriques présentant une détérioration de l'état fonctionnel.

- Objectifs

- Répondre aux demandes de consultation en gériatrie.
- Préciser les diagnostics amenant la détérioration de l'état fonctionnel.
- Recommander un plan d'intervention approprié pour améliorer l'autonomie fonctionnelle et ainsi favoriser le maintien dans le milieu d'origine.

- Informer et orienter le client vers les ressources appropriées et s'assurer au moment du congé qu'il y ait référence au guichet unique CLSC.
- Sensibiliser les médecins traitants, le client et sa famille aux problématiques liées au vieillissement, aux différentes ressources disponibles ainsi qu'à l'importance des différentes interventions de prévention de situations de crises.

- Clientèle visée

- Client de 65 ans et plus présentant une ou plusieurs des conditions suivantes et qui ne nécessite pas d'hospitalisation :

  - syndrome gériatrique : confusion, incontinence, instabilité à la marche, chutes, malnutrition;
  - détérioration physique ou cognitive de l'état fonctionnel dans les derniers mois;
  - problème psychosocial : syndrome dépressif, éclatement du milieu de support;
  - tout client de 65 ans et plus pour qui le médecin traitant juge nécessaire d'avoir une opinion médicale en gériatrie.

- Critères d'exclusion

- Demande de consultation pour compléter une CTMSP ou certifier d'un état de «bonne santé» (en vue d'un hébergement privé par exemple).
- Demande d'évaluation psychosociale et médicale en vue d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude.
- Prise en charge à long terme du client (sauf dans les cas complexes, selon entente avec médecin traitant).

- Processus de référence

- Selon la provenance du client, celui-ci est référé par le médecin traitant, le gestionnaire de cas ou les services externes des CHSLD.
- Selon la destination du client, celui-ci est référé au guichet unique CLSC qui assure la continuité des services du réseau intégré ainsi que, le cas échéant, au médecin traitant et aux services externes des CHSLD.

La clinique externe peut également exercer un suivi périodique du client (ex. : aux trois mois).

- L'équipe multidisciplinaire

Tout nouveau client admis à la clinique externe de gériatrie doit avoir, dans un premier temps, une évaluation médicale par un médecin avec un champ de pratique principalement en gériatrie, de préférence possédant une formation supplémentaire en gériatrie (omnipraticien avec certificat en soins de santé aux personnes âgées ou gériatre) et par une infirmière. Ceci pour les mêmes raisons que celles évoquées dans la section sur l'UCDG.

Tous les clients devront également avoir une entrevue avec l'infirmière de liaison (téléphonique et/ou en personne), et ce, afin de compléter la cueillette de données psychosociales et fonctionnelles du client. Elle s'occupera par la suite de diriger le client vers les ressources appropriées selon le plan d'intervention formulé et s'assurera qu'il y ait suivi du client au congé par le gestionnaire de cas.

Les intervenants suivants doivent être disponibles au besoin pour une évaluation, et ce, dans un délai rapide, si possible le jour même de la visite du client en clinique : ergothérapeute, travailleur social, nutritionniste, orthophoniste, pharmacien, physiothérapeute.

Comme pour l'unité de courte durée gériatrique, ces intervenants doivent être familiers avec l'approche gériatrique globale. Idéalement les intervenants devraient être les mêmes que ceux de l'unité de courte durée gériatrique.

Après l'évaluation initiale du client, les intervenants concernés de l'équipe devraient se réunir pour discuter des objectifs d'interventions et favoriser, le cas échéant, les références aux autres instances du réseau de services intégrés.

7. PROCESSUS D'INTERVENTION

L'intervention est centrée sur les besoins du client selon une approche globale et interdisciplinaire. Les rôles de chacun des intervenants doivent être clairement définis ainsi que leurs liens de complémentarité.

7.1 L'équipe multidisciplinaire

Cette équipe est composée d'intervenants familiers avec l'approche gériatrique globale. Elle doit travailler en interdisciplinarité, c'est-à-dire que le client doit être au centre des interventions et les objectifs doivent être formulés et priorisés en équipe en fonction des problèmes identifiés par chaque intervenant.

La composition de l'équipe varie selon le type de services offerts. Cependant, l'évaluation médicale doit toujours être faite à la base, peu importe le type de services, sous peine d'appliquer les mauvaises interventions au client par omission d'un diagnostic.

Le rôle de chacun des professionnels est conditionné par son expertise propre mais l'action de chaque professionnel doit être complémentaire à celles des autres membres de l'équipe dans une optique interdisciplinaire.

Chacun des professionnels procède à l'évaluation du client selon son champ de compétence spécifique, réalise un plan d'intervention et assure un suivi auprès des autres membres de l'équipe multidisciplinaire.

Chacun des professionnels répond également aux demandes de consultation provenant du médecin auprès de la clientèle gériatrique, tant au niveau des unités internes de médecine, de chirurgie ou de gériatrie que de la clinique externe gériatrique.

Enfin, chacun des professionnels participe aux rencontres de l'équipe multidisciplinaire relatives à la clientèle gériatrique et collabore aux prises de décision concernant les plans d'intervention.

La coordination de l'équipe multidisciplinaire est effectuée par un des membres de l'équipe, selon l'organisation spécifique à chaque centre hospitalier.

Les rôles de chacun des professionnels impliqués dans l'équipe multidisciplinaire sont définis ci-après.

7.2 Rôles des professionnels

Le présent chapitre illustre les rôles des différents professionnels qui interviennent auprès de la clientèle gériatrique. Les divers énoncés de rôles sont présentés à titre indicatif et non restrictif.

- Omnipraticien de première ligne

L'omnipraticien de première ligne joue un rôle indispensable dans la santé, la qualité de vie et la dignité de la population vieillissante. Il est en effet le médecin de premier recours, permet la proximité et l'accessibilité des soins au client et est engagé dans le suivi à long terme. Les soins de la personne âgée comportent un volet de médecine de chronicité, nécessitant une approche globale (biopsychosociale), vu les répercussions fonctionnelles et sociales de cette pluripathologie et du vieillissement.

Le médecin de première ligne doit donc assumer un rôle important au niveau :

- du dépistage de la personne à risque ou en perte d'autonomie et des situations potentielles de crises psychosociales;
- du diagnostic et du traitement des maladies;
- de l'éducation à la prévention (v.g. de la dépendance, des chutes, de la malnutrition, etc.);
- de la prévention de l'iatrogénicité;
- du dépistage de la dépendance aux médicaments, alcool et drogues;
- du soutien aux aidants naturels.

En tant que médecin traitant, il doit également assurer une prise en charge de ses clients à long terme, s'il y a lieu, en dehors de l'épisode de soins. Il doit enfin s'impliquer activement dans l'organisation du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie sur le plan local afin que celui-ci réponde de façon efficace à leurs besoins et à ceux de leurs clients.

- Omnipraticien en gériatrie

L'omnipraticien en gériatrie est un médecin de famille qui dédie une bonne partie de sa pratique et de ses activités de formation continue à la clientèle âgée, au même titre que l'omnipraticien obstétricien qui pratique auprès de la femme enceinte.

Ce médecin, en raison de son intérêt, son expérience, ses activités de perfectionnement professionnelles, ou une formation supplémentaire (ex. : 3e année de formation en soins aux personnes âgées) joue un rôle important tant auprès des clients que de ses confrères, ainsi que dans la communauté.

Sa pratique peut se situer tant au niveau des soins de première ligne avec prise en charge des clients âgés de la communauté, qu'au niveau de la deuxième ligne en offrant une expertise auprès de ses confrères, en prenant charge des unités de soins spécialisés ou en offrant de la consultation et en participant à l'élaboration des services de soins aux personnes âgées.

Il travaille en étroite collaboration avec le gériatre pour assurer une gamme de services de qualité. Il s'implique dans toutes les activités interdisciplinaires. Les rôles de chacun différeront d'une communauté à l'autre en fonction des besoins et des effectifs disponibles.

L'omnipraticien en gériatrie doit donc assumer un rôle important au niveau :

- de l'éducation à la prévention (v.g. de la dépendance, des chutes, de la malnutrition, etc.);
- de la prévention de l'iatrogénicité;
- du dépistage de la dépendance aux médicaments, alcool et drogues;
- du soutien aux aidants naturels;
- des consultations auprès des médecins traitants;
- de la prise en charge de certains clients ou du suivi conjoint avec le médecin traitant, lors de l'épisode de soins;
- de la participation à la conception, l'organisation et l'évaluation du système de soins intégrés aux personnes âgées;
- de la participation à la gestion des unités spécialisées (UCDG, clinique externe gériatrique, services externes en CHSLD);
- de la participation aux activités de formation médicale continue sur :
  - l'approche gériatrique globale;
  - les problématiques liées à l'âge et les interventions appropriées;
  - les mises à jour des nouvelles découvertes et des nouveaux traitements.

- Gériatre

Le gériatre est un interniste qui a une formation spécialisée en gériatrie, c'est-à-dire des connaissances plus approfondies sur la physiologie du vieillissement, les pathologies liées à l'âge, leur pronostic et leurs traitements, les syndromes gériatriques, l'approche éthique des problèmes biopsychosociaux liés au processus de vieillissement. Il possède également des compétences sur l'approche interdisciplinaire de la personne âgée qui lui permettent de proposer le niveau d'intervention médical approprié (pousser ou limiter l'intensité thérapeutique).

Le gériatre occupe donc un rôle important tant au niveau du client que du médecin de famille pour offrir une médecine de qualité. Son rôle se situe au niveau :

- des consultations auprès des médecins traitants ou de l'omnipraticien en gériatrie pour les cas plus complexes;

- de l'expertise offerte localement auprès de chacun des centres hospitaliers de la région;

- de la prise en charge de certains cas complexes durant l'épisode de soins à l'hôpital régional, s'il y a lieu;

- du suivi conjoint avec le médecin traitant ou l'omnipraticien en gériatrie de certains cas complexes durant l'épisode de soins à l'hôpital régional, s'il y a lieu;
- de la participation à la planification et à l'évaluation du système de soins intégrés aux personnes âgées;

- de la participation à la gestion des unités spécialisées (UCDG, clinique externe gériatrique, services externes en CHSLD);

- de la participation aux activités de formation médicale continue sur :
  - l'approche gériatrique globale;
  - les problématiques liées à l'âge et les interventions appropriées;
  - les mises à jour des nouvelles découvertes et des nouveaux traitements;

- de la participation à l'enseignement aux étudiants et résidents en médecine ainsi qu'aux étudiants des autres professions offrant des services de soins aux personnes âgées;

- de l'élaboration de guides d'hygiène de vie (health guidelines) et de guides de pratiques médicales (consensus);

- de la participation à la recherche sur :
  - l'épidémiologie des maladies associées au vieillissement;
  - le processus du vieillissement et les limitations et incapacités fonctionnelles associées;
  - les pathologies et leur évolution;
  - le développement de nouvelles méthodes diagnostiques et de nouveaux traitements;
  - l'organisation et la dispensation des soins de santé aux personnes âgées.

- Spécialiste en psychogériatrie

Compte tenu des problématiques de santé mentale vécues par plusieurs clients à profil gériatrique et de l'absence de ressources dans la région dans le secteur de la psychogériatrie, il serait important de recruter des ressources dans ce domaine, soit en termes de psychogériatre, de gériatre ou de psychiatre.

Ces médecins spécialisés dans les problématiques de santé mentale chez les clients à profil gériatrique offriraient du support aux équipes multidisciplinaires qui interviennent auprès de cette clientèle, tant en centre hospitalier qu'en CLSC et en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

- Infirmière de l'urgence

- Procéder aux activités de dépistage des clients en perte d'autonomie ou à risque de l'être.
- Référer les clients dépistés à l'infirmière de liaison ou à l'infirmière soignante.

- Infirmière de liaison ou conseillère à la clientèle en perte d'autonomie à l'urgence

- Assurer la liaison entre le centre hospitalier et les autres collaborateurs du réseau de services intégrés dans le cadre de la planification de congé du client : guichet unique des CLSC et médecins traitants.
- Assurer le suivi du dépistage des clients gériatriques à l'urgence.
- Collaborer aux prises de décision de l'équipe multidisciplinaire concernant les plans d'intervention.
- Consulter les membres de l'équipe multidisciplinaire dans le cadre de la planification de congé.
- Évaluer les besoins du client dans un contexte de retour dans le milieu de vie.
- Rencontrer le client et les membres de sa famille, leur expliquer les différents services offerts par le réseau de services intégrés et leur remettre la documentation pertinente.
- Assurer la relance téléphonique lorsqu'indiqué.

- Infirmière soignante

- Procéder à l'évaluation d'autonomie fonctionnelle de la clientèle gériatrique et émettre des recommandations.
- Effectuer des activités de soins nursing auprès de la clientèle gériatrique afin de promouvoir, de restaurer et de maintenir son état de santé et son autonomie fonctionnelle.
- Transmettre aux autres professionnels les renseignements relatifs à l'état du client.

- Mettre en place des mécanismes de dépistage et de surveillance dans des situations à risque.
- Donner de l'enseignement au client et lui fournir le soutien requis au cours des activités d'apprentissage.
-
- S'assurer que le client connaît les effets recherchés et les effets secondaires des médicaments qui lui sont administrés.

- Travailleur social

- Procéder à l'évaluation psychosociale de la clientèle gériatrique (conditions de vie dans le milieu avant l'hospitalisation, demande d'hébergement, curatelles, etc.).
- Informer les clients gériatriques et leur famille sur les ressources disponibles dans le réseau de services intégrés.
- Supporter les clients gériatriques et leur famille par le biais d'interventions psychosociales.

- Physiothérapeute

- Procéder à l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et neuro-musculo-squelettique de la clientèle gériatrique.
- Réaliser un plan d'intervention visant à optimiser l'autonomie fonctionnelle du client.
- Assurer un suivi auprès des autres membres de l'équipe multidisciplinaire et des familles.

- Ergothérapeute

- Procéder à l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, des capacités physiques et cognitives et de la déglutition de la clientèle gériatrique.
- Réaliser un plan d'intervention visant à optimiser l'autonomie fonctionnelle du client.
- Assurer un suivi auprès des autres membres de l'équipe multidisciplinaire et des familles.

- Nutritionniste

- Procéder à l'évaluation de l'état nutritionnel de la clientèle gériatrique.
- Élaborer un plan de soins nutritionnels pour la clientèle.
- Assurer le counselling nutritionnel.
- Assurer le suivi du plan de soins ou du counselling suivi auprès des autres membres de l'équipe multidisciplinaire et des familles.

- Pharmacien

- Procéder à l'évaluation du profil pharmacologique de la clientèle gériatrique.
- Réaliser un plan d'intervention auprès du client gériatrique.
- Assurer de l'enseignement auprès du client et de sa famille.
- Assurer un suivi auprès des autres membres de l'équipe multidisciplinaire et des familles.

- Orthophoniste

- Procéder à l'évaluation de la communication et de la déglutition de la clientèle gériatrique.
- Réaliser un plan d'intervention auprès du client gériatrique dans un but de réadaptation fonctionnelle.
- Assurer un suivi auprès des membres de l'équipe multidisciplinaire et des familles.

- Psychologue

- Procéder à l'évaluation psychologique de la clientèle gériatrique.
- Réaliser un plan d'intervention visant à optimiser l'équilibre psychologique du client gériatrique.
- Assurer un suivi auprès des membres de l'équipe multidisciplinaire et des familles.

- Neuropsychologue

- Procéder à l'évaluation neuropsychologique de la clientèle gériatrique.
- Réaliser un plan d'intervention pour le client gériatrique.
- Assurer un suivi auprès des membres de l'équipe multidisciplinaire et des familles.

8. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

La programmation des services gériatriques telle qu'énoncée dans ce document est partiellement implantée dans les cinq centres hospitaliers de la région.

Le programme de **dépistage à l'urgence** est déjà en opération dans quatre centres hospitaliers, sauf au CH-CR Antoine-Labelle mais il doit être davantage systématisé. Il s'agit également de standardiser l'opération de dépistage grâce à l'utilisation d'un outil commun (grille ISAR).

Le programme de **consultations gériatriques** sur les unités de médecine et de chirurgie est déjà en marche dans les cinq centres hospitaliers. Il s'agit de le poursuivre et de l'intensifier pour rejoindre plus systématiquement toute la clientèle gériatrique hospitalisée dans les unités de médecine et de chirurgie.

Le programme de **l'unité de courte durée gériatrique** est implanté dans les cinq centres hospitaliers. Cependant, l'utilisation des lits est variable d'un centre à l'autre. Il reste donc à systématiser l'organisation de l'unité de courte durée gériatrique de façon à ce qu'elle soit pleinement utilisée. Il faudra également ajuster le nombre de lits selon les besoins de la clientèle. Une estimation du nombre de lits requis selon diverses normes est présentée en appendice 2.

Le programme de **clinique externe d'évaluation gériatrique** est implanté dans trois centres hospitaliers, soit l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, le CH Argenteuil et le CH Laurentien. Cependant, il rejoint relativement peu de clients gériatriques et devra être déployé davantage dans ces trois établissements. Quant aux deux autres centres hospitaliers, le CH St-Eustache et le CH-CR Antoine-Labelle, le programme devra être mis sur pied.

L'implantation ou la consolidation de ces quatre programmes nécessitera l'ajout de ressources humaines, matérielles et financières. Ainsi, il faudra entre autres embaucher du personnel supplémentaire en réadaptation pour répondre aux besoins grandissants de la clientèle gériatrique. L'équipe multidisciplinaire de base devra être complète et stable.

Chacun des centres hospitaliers aura donc à analyser les besoins des diverses clientèles qu'il dessert et à y répondre le mieux possible en s'assurant que la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie reçoive sa juste part des services de façon à favoriser son maintien en milieu de vie naturel avec la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme de services gériatriques implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les centres hospitaliers et les autres collaborateurs du réseau de services intégrés.

8. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

La programmation des services gériatriques telle qu'énoncée dans ce document est partiellement implantée dans les cinq centres hospitaliers de la région.

Le programme de **dépistage à l'urgence** est déjà en opération dans quatre centres hospitaliers, sauf au CH-CR Antoine-Labelle mais il doit être davantage systématisé. Il s'agit également de standardiser l'opération de dépistage grâce à l'utilisation d'un outil commun (grille ISAR).

Le programme de **consultations gériatriques** sur les unités de médecine et de chirurgie est déjà en marche dans les cinq centres hospitaliers. Il s'agit de le poursuivre et de l'intensifier pour rejoindre plus systématiquement toute la clientèle gériatrique hospitalisée dans les unités de médecine et de chirurgie.

Le programme de **l'unité de courte durée gériatrique** est implanté dans les cinq centres hospitaliers. Cependant, l'utilisation des lits est variable d'un centre à l'autre. Il reste donc à systématiser l'organisation de l'unité de courte durée gériatrique de façon à ce qu'elle soit pleinement utilisée. Il faudra également ajuster le nombre de lits selon les besoins de la clientèle. Une estimation du nombre de lits requis selon diverses normes est présentée en appendice 2.

Le programme de **clinique externe d'évaluation gériatrique** est implanté dans trois centres hospitaliers, soit l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, le CH Argenteuil et le CH Laurentien. Cependant, il rejoint relativement peu de clients gériatriques et devra être déployé davantage dans ces trois établissements. Quant aux deux autres centres hospitaliers, le CH St-Eustache et le CH-CR Antoine-Labelle, le programme devra être mis sur pied.

L'implantation ou la consolidation de ces quatre programmes nécessitera l'ajout de ressources humaines, matérielles et financières. Ainsi, il faudra entre autres embaucher du personnel supplémentaire en réadaptation pour répondre aux besoins grandissants de la clientèle gériatrique. L'équipe multidisciplinaire de base devra être complète et stable.

Chacun des centres hospitaliers aura donc à analyser les besoins des diverses clientèles qu'il dessert et à y répondre le mieux possible en s'assurant que la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie reçoive sa juste part des services de façon à favoriser son maintien en milieu de vie naturel avec la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme de services gériatriques implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les centres hospitaliers et les autres collaborateurs du réseau de services intégrés.

Le développement du programme de services gériatriques aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des services offerts et les impliquer dans le plan d'intervention qui les concernent.

TABLEAU 2
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES
Un comité d'implantation de la programmation sur les services gériatriques est en place dans chacun des centres hospitaliers	• Formation d'un comité d'implantation avec mandat d'opérationnaliser les quatre volets de la programmation : dépistage, UCDG, consultations sur les unités, clinique externe
L'équipe multidisciplinaire de base est complète, stable et bien formée sur l'approche gériatrique dans chacun des centres hospitaliers	• Recrutement du personnel requis • Roulement de personnel au minimum • Formation sur l'approche gériatrique
Le programme de dépistage des clients à risque à l'urgence est systématisé et standardisé et est appliqué par l'infirmière au triage	• Dépistage systématique de tout client de 65 ans et plus • Utilisation d'une grille unique de dépistage (ISAR)
Le suivi du dépistage de la clientèle à risque est assuré par l'infirmière de liaison	• Référence du client à l'interne ou à l'externe du centre hospitalier
Le programme de dépistage des clients à risque sur les unités de soins est systématisé et standardisé	• Dépistage systématique de tout client de 65 ans et plus • Utilisation d'une grille unique de dépistage (à déterminer)
Le programme de consultations gériatriques sur les unités de soins est dispensé à tous les clients à profil gériatrique	• Intervention du médecin et de l'infirmière et, au besoin, des autres membres de l'équipe multidisciplinaire auprès de la clientèle gériatrique hospitalisée dans les unités de médecine et de chirurgie
L'unité de courte durée gériatrique est pleinement utilisée dans chacun des centres hospitaliers	• Gestion serrée au niveau de l'occupation des lits de l'UCDG • Ajustement du nombre de lits de l'UCDG selon les besoins
Le programme de clinique externe gériatrique est implanté et utilisé dans chacun des centres hospitaliers	• Mise sur pied ou déploiement du programme de clinique externe gériatrique
Le personnel est en nombre suffisant pour assurer les services gériatriques à l'ensemble de la clientèle visée	• Ajout de personnel (à déterminer)
Les mécanismes de liaison avec les collaborateurs sont bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs
Les mécanismes de références sont standardisés entre les collaborateurs	• Utilisation d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs
La clientèle des personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie est bien informée sur les services disponibles	• Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée
Les indicateurs de performance sont standardisés et les données colligées sont validées	• Élaboration d'indicateurs de performance • Élaboration d'un outil de collecte de données

TABLEAU 3
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES GÉRIATRIQUES EN CHCD À LA CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE OU À RISQUE DE L'ÊTRE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE NATUREL ET DE PRÉVENIR OU RETARDER LE RECOURS À L'INSTITUTIONNALISATION

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	COLLABORATEUR
Former un comité d'implantation de la programmation des services gériatriques dans chaque centre hospitalier*	• Adopter un plan d'action pour l'opérationnalisation de la programmation	CHCD	
Assurer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire de base complète, stable et bien formée	• Voir au recrutement du personnel requis • Éviter le roulement de personnel • Assurer la formation du personnel sur l'approche gériatrique	CHCD	
Implanter un mécanisme de dépistage de la personne âgée à risque à l'urgence	• Implanter l'outil de dépistage ISAR à l'urgence • Former les infirmières de l'urgence à dépister les clients à risque • Assurer le suivi du dépistage par l'infirmière de liaison • Voir aux références de la clientèle à l'interne ou à l'externe, selon le cas	CHCD	
Implanter un mécanisme de dépistage de la personne âgée à risque sur les unités de médecine et de chirurgie	• Élaborer un outil de dépistage • Former les infirmières des unités de soins à utiliser l'outil de dépistage	CHCD	
Intensifier les consultations gériatriques sur les unités de médecine et de chirurgie	• Mettre sur pied une équipe de consultation multidisciplinaire	CHCD	
Assurer la mise en place et le bon fonctionnement d'une clinique externe gériatrique	• Mettre sur pied une équipe multidisciplinaire • Mettre sur pied les programmes de consultation médicale et d'évaluation diagnostique	CHCD	
Systématiser l'organisation de l'unité de courte durée gériatrique afin qu'elle soit pleinement utilisée	• S'assurer que les médecins traitants réfèrent à l'UCDG • Assurer une gestion serrée au niveau de l'occupation des lits de l'UCDG • Ajuster le nombre de lits de l'UCDG selon les besoins de la clientèle gériatrique	CHCD	
Rehausser le budget des services gériatriques	• Réallouer des budgets visant à augmenter l'offre de services gériatriques en CHCD	CHCD	Régie régionale

TABLEAU 2
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES
Un comité d'implantation de la programmation sur les services gériatriques est en place dans chacun des centres hospitaliers	• Formation d'un comité d'implantation avec mandat d'opérationnaliser les quatre volets de la programmation : dépistage, UCDG, consultations sur les unités, clinique externe
L'équipe multidisciplinaire de base est complète, stable et bien formée sur l'approche gériatrique dans chacun des centres hospitaliers	• Recrutement du personnel requis • Roulement de personnel au minimum • Formation sur l'approche gériatrique
Le programme de dépistage des clients à risque à l'urgence est systématisé et standardisé et est appliqué par l'infirmière au triage	• Dépistage systématique de tout client de 65 ans et plus • Utilisation d'une grille unique de dépistage (ISAR)
Le suivi du dépistage de la clientèle à risque est assuré par l'infirmière de liaison	• Référence du client à l'interne ou à l'externe du centre hospitalier
Le programme de dépistage des clients à risque sur les unités de soins est systématisé et standardisé	• Dépistage systématique de tout client de 65 ans et plus • Utilisation d'une grille unique de dépistage (à déterminer)
Le programme de consultations gériatriques sur les unités de soins est dispensé à tous les clients à profil gériatrique	• Intervention du médecin et de l'infirmière et, au besoin, des autres membres de l'équipe multidisciplinaire auprès de la clientèle gériatrique hospitalisée dans les unités de médecine et de chirurgie
L'unité de courte durée gériatrique est pleinement utilisée dans chacun des centres hospitaliers	• Gestion serrée au niveau de l'occupation des lits de l'UCDG • Ajustement du nombre de lits de l'UCDG selon les besoins
Le programme de clinique externe gériatrique est implanté et utilisé dans chacun des centres hospitaliers	• Mise sur pied ou déploiement du programme de clinique externe gériatrique
Le personnel est en nombre suffisant pour assurer les services gériatriques à l'ensemble de la clientèle visée	• Ajout de personnel (à déterminer)
Les mécanismes de liaison avec les collaborateurs sont bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs
Les mécanismes de références sont standardisés entre les collaborateurs	• Utilisation d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs
La clientèle des personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie est bien informée sur les services disponibles	• Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée
Les indicateurs de performance sont standardisés et les données colligées sont validées	• Élaboration d'indicateurs de performance • Élaboration d'un outil de collecte de données

TABLEAU 3
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES GÉRIATRIQUES EN CHCD À LA CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE OU À RISQUE DE L'ÊTRE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE NATUREL ET DE PRÉVENIR OU RETARDER LE RECOURS À L'INSTITUTIONNALISATION

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	COLLABORATEUR
Former un comité d'implantation de la programmation des services gériatriques dans chaque centre hospitalier*	• Adopter un plan d'action pour l'opérationnalisation de la programmation	CHCD	
Assurer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire de base complète, stable et bien formée	• Voir au recrutement du personnel requis • Éviter le roulement de personnel • Assurer la formation du personnel sur l'approche gériatrique	CHCD	
Implanter un mécanisme de dépistage de la personne âgée à risque à l'urgence	• Implanter l'outil de dépistage ISAR à l'urgence • Former les infirmières de l'urgence à dépister les clients à risque • Assurer le suivi du dépistage par l'infirmière de liaison • Voir aux références de la clientèle à l'interne ou à l'externe, selon le cas	CHCD	
Implanter un mécanisme de dépistage de la personne âgée à risque sur les unités de médecine et de chirurgie	• Élaborer un outil de dépistage • Former les infirmières des unités de soins à utiliser l'outil de dépistage	CHCD	
Intensifier les consultations gériatriques sur les unités de médecine et de chirurgie	• Mettre sur pied une équipe de consultation multidisciplinaire	CHCD	
Assurer la mise en place et le bon fonctionnement d'une clinique externe gériatrique	• Mettre sur pied une équipe multidisciplinaire • Mettre sur pied les programmes de consultation médicale et d'évaluation diagnostique	CHCD	
Systématiser l'organisation de l'unité de courte durée gériatrique afin qu'elle soit pleinement utilisée	• S'assurer que les médecins traitants réfèrent à l'UCDG • Assurer une gestion serrée au niveau de l'occupation des lits de l'UCDG • Ajuster le nombre de lits de l'UCDG selon les besoins de la clientèle gériatrique	CHCD	
Rehausser le budget des services gériatriques	• Réallouer des budgets visant à augmenter l'offre de services gériatriques en CHCD	CHCD	Régie régionale

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	COLLABORATEUR
Établir des mécanismes de liaison entre les collaborateurs concernés	• Identifier des agents de liaison au niveau des collaborateurs concernés	CHCD	• CLSC • Cabinets privés
Établir des mécanismes de référence standardisés entre les collaborateurs	• Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs	CHCD	• CLSC • Cabinets privés
Informer la clientèle âgée admissible sur les services gériatriques disponibles en CHCD	• Élaborer des outils d'information destinés à la population âgée • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être	Régie régionale	• CLSC • CHCD
Effectuer le suivi du programme de services gériatriques en CHCD	• Assurer le suivi au niveau de chaque centre hospitalier, de chaque territoire et de la région • Élaborer des indicateurs de performance standardisés • Élaborer un outil de collecte de données validé	CHCD	• Comité de coordination local • Comité régional

9. *SUIVI ET ÉVALUATION*

Le suivi de l'implantation de la programmation des services gériatriques en CHCD sera assuré par un comité composé de représentants des comités d'implantation des cinq centres hospitaliers.

Le comité se réunira régulièrement durant la phase d'implantation. Par la suite, il se réunira au moins deux fois par année pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs s'il y a lieu.

Il pourrait s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin. Ses recommandations seront acheminées au comité des présidents des comités de coordination du réseau de services intégrés.

Il faudra également assurer une évaluation périodique de la performance du programme afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience dans le cadre des objectifs du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

- Indicateurs

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du programme de services gériatriques sont les suivants :

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLE	COLLABORATEUR
Établir des mécanismes de liaison entre les collaborateurs concernés	• Identifier des agents de liaison au niveau des collaborateurs concernés	CHCD	• CLSC • Cabinets privés
Établir des mécanismes de référence standardisés entre les collaborateurs	• Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs	CHCD	• CLSC • Cabinets privés
Informer la clientèle âgée admissible sur les services gériatriques disponibles en CHCD	• Élaborer des outils d'information destinés à la population âgée • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être	Régie régionale	• CLSC • CHCD
Effectuer le suivi du programme de services gériatriques en CHCD	• Assurer le suivi au niveau de chaque centre hospitalier, de chaque territoire et de la région • Élaborer des indicateurs de performance standardisés • Élaborer un outil de collecte de données validé	CHCD	• Comité de coordination local • Comité régional

9. *SUIVI ET ÉVALUATION*

Le suivi de l'implantation de la programmation des services gériatriques en CHCD sera assuré par un comité composé de représentants des comités d'implantation des cinq centres hospitaliers.

Le comité se réunira régulièrement durant la phase d'implantation. Par la suite, il se réunira au moins deux fois par année pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs s'il y a lieu.

Il pourrait s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin. Ses recommandations seront acheminées au comité des présidents des comités de coordination du réseau de services intégrés.

Il faudra également assurer une évaluation périodique de la performance du programme afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience dans le cadre des objectifs du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

- Indicateurs

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du programme de services gériatriques sont les suivants :

Programme de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG)

- Volume d'usagers admis du 1er avril au 31 mars de chaque année.
- Volume d'usagers en attente à la fin de chaque période.
- Délai moyen d'attente pour une place.
- Durée moyenne de séjour.
- Taux d'occupation des lits.
- Provenance des usagers à l'admission.
- Destination des usagers au congé.
- Proportion des usagers référés au guichet unique du CLSC au congé.

Programme de la clinique externe gériatrique

- Volume d'usagers inscrits du 1er avril au 31 mars de chaque année.
- Volume d'usagers en attente à la fin de chaque période.
- Délai moyen d'attente pour une place.
- Durée moyenne de séjour.
- Nombre moyen de visites par client.
- Provenance des usagers à l'inscription.
- Destination des usagers au congé.
- Proportion des usagers référés au guichet unique du CLSC au congé.

Programme de consultations gériatriques sur les unités de soins

- Volume d'usagers concernés du 1er avril au 31 mars de chaque année en unités de chirurgie.
- Volume d'usagers concernés du 1er avril au 31 mars de chaque année en unités de médecine.
- Proportion des usagers concernés transférés à l'UCDG.
- Proportion des usagers concernés référés au guichet unique du CLSC au congé.

Programme de dépistage à l'urgence

- Volume d'usagers dépistés du 1er avril au 31 mars de chaque année à l'urgence.
- Volume d'usagers dépistés positifs du 1er avril au 31 mars de chaque année à l'urgence.
- Proportion des usagers dépistés positifs référés à l'UCDG.
- Proportion des usagers dépistés positifs référés aux autres unités de soins.
- Proportion des usagers dépistés positifs référés au guichet unique du CLSC.

10. CONCLUSION

Dans le contexte du vieillissement de la population, il devient donc impérieux d'implanter un processus systématique de dépistage et de prise en charge des clients gériatriques en centre hospitalier afin de prévenir une détérioration de leur état et de favoriser un retour dans leur milieu d'origine.

De plus, les services gériatriques des centres hospitaliers doivent faire partie intégrante du réseau intégré des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie afin d'assurer une continuité et une complémentarité avec les différentes instances concernées.

APPENDICE 1

APPENDICE 1

OUTIL DE DÉPISTAGE À L'URGENCE ISAR
(IDENTIFICATION SYSTÉMATIQUE DES AÎNÉS À RISQUE)

(Logo de l'hôpital) (Adressographe du client)

Outil ISAR (recto)

	Cocher s.v.p.	À l'usage de l'hôpital seulement
1. Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
2. Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour prendre soin de vous ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
3. Avez-vous été hospitalisé une nuit ou plus au cours des derniers 6 mois (excluant un séjour à l'urgence) ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
4. En général, voyez-vous bien ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour ?	Oui ❑ Non ❑	01 00

APPENDICE 1

OUTIL DE DÉPISTAGE À L'URGENCE ISAR
(IDENTIFICATION SYSTÉMATIQUE DES AÎNÉS À RISQUE)

(Logo de l'hôpital) (Adressographe du client)

Outil ISAR (recto)

	Cocher s.v.p.	À l'usage de l'hôpital seulement
1. Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
2. Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour prendre soin de vous ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
3. Avez-vous été hospitalisé une nuit ou plus au cours des derniers 6 mois (excluant un séjour à l'urgence) ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
4. En général, voyez-vous bien ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire ?	Oui ❑ Non ❑	01 00
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour ?	Oui ❑ Non ❑	01 00

OUTIL ISAR (VERSO)
(À L'USAGE DE L'HÔPITAL SEULEMENT)

SECTION 1 : SOURCES D'INFORMATIONS
(COCHER UNE SEULE CASE ET SUIVRE LA CONSIGNE ASSOCIÉE À LA SITUATION)

❑ Usager orienté dans le temps et l'espace	Usager complète ISAR
❑ Usager orienté dans le temps et l'espace mais ne peut compléter ISAR pour diverses raisons (ex. : ne peut lire, déficience physique)	Usager complète ISAR avec l'aide d'un intervenant ou de la personne significative
❑ Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative disponible	Personne significative complète ISAR
❑ Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative non disponible	Dépistage positif d'emblée
❑ Usager médicalement instable	Dépistage impossible, reporté

Nom de la personne significative :_____ Téléphone : _____

SECTION 2 : RÉSULTAT DU DÉPISTAGE

Additionner les réponses du recto (0 et 1 point)

Résultat : _____points

Si l'usager a obtenu un résultat de _____ points ou plus, le résultat du dépistage est positif

Dépistage positif ❑ Dépistage négatif ❑

SECTION 3 : PERSONNE(S) AVISÉE(S) SI DÉPISTAGE POSITIF

❑ Infirmière de liaison : _____

❑ Travailleuse sociale : _____

❑ Autre : _____

OUTIL ISAR (VERSO)
(À L'USAGE DE L'HÔPITAL SEULEMENT)

SECTION 1 : SOURCES D'INFORMATIONS (COCHER UNE SEULE CASE ET SUIVRE LA CONSIGNE ASSOCIÉE À LA SITUATION)	
❑ Usager orienté dans le temps et l'espace	Usager complète ISAR
❑ Usager orienté dans le temps et l'espace mais ne peut compléter ISAR pour diverses raisons (ex. : ne peut lire, déficience physique)	Usager complète ISAR avec l'aide d'un intervenant ou de la personne significative
❑ Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative disponible	Personne significative complète ISAR
❑ Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative non disponible	Dépistage positif d'emblée
❑ Usager médicalement instable	Dépistage impossible, reporté
Nom de la personne significative :_____	Téléphone : _____

SECTION 2 : RÉSULTAT DU DÉPISTAGE

Additionner les réponses du recto (0 et 1 point)

Résultat : _____points

Si l'usager a obtenu un résultat de _____ points ou plus, le résultat du dépistage est positif

Dépistage positif ❑ Dépistage négatif ❑

SECTION 3 : PERSONNE(S) AVISÉE(S) SI DÉPISTAGE POSITIF

❑ Infirmière de liaison : _____

❑ Travailleuse sociale : _____

❑ Autre : _____

APPENDICE 2

APPENDICE 2

ESTIMATION DU NOMBRE DE LITS REQUIS EN GÉRIATRIE (2001)

- Selon un ratio de 1 : 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus (2001) (source : Arcand-Hébert).
- Selon un ratio de 2 : 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus (2001) (source : Arcand-Hébert).
- Selon 40 % des cas hospitalisés de 75 ans et plus x 16 jours (durée moyenne de séjour) / 365 jours (moyenne des 4 dernières années) (source : CH Côte-des-Neiges).
- Selon 60 % des cas hospitalisés de 75 ans et plus en médecine x 16 jours (durée moyenne de séjour) / 365 jours (moyenne 4 dernières années) (source : CH Côte-des-Neiges).
- Selon 40 % des cas hospitalisés de 75 ans et plus x 16 jours (durée moyenne de séjour) / 365 jours (projection 2001) (source : CH Côte-des-Neiges).
- Selon 60 % des cas hospitalisés de 75 ans et plus en médecine x 16 jours (durée moyenne de séjour) / 365 jours (projection 2001) (source : CH Côte-des-Neiges).

CHCD	LITS ACTUELS	ÉQUIV-LITS 1 : 1 000 PROJ. 2001	ÉQUIV-LITS 2 : 1000 PROJ. 2001	ÉQUIV-LITS 75+ TOUS MOY. 4 ANS	ÉQUIV-LITS 75+ MÉD. MOY. 4 ANS	ÉQUIV-LITS 75+ TOUS PROJ. 2001	ÉQUIV-LITS 75+ MÉD. PROJ. 2001
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	18	16	33	29	31	37	41
St-Eustache	10	14	28	19	25	26	35
Laurentien	10	11	22	11	15	16	22
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	0	1	2	3	4	3	4
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	5	4	7	7	9	8	11
Argenteuil	4	5	10	9	12	11	15
TOTAL	47	51	102	78	96	101	128

Note : La population de Thérèse-de-Blainville est divisée moitié-moitié entre Hôtel-Dieu et St-Eustache.

APPENDICE 2

ESTIMATION DU NOMBRE DE LITS REQUIS EN GÉRIATRIE (2001)

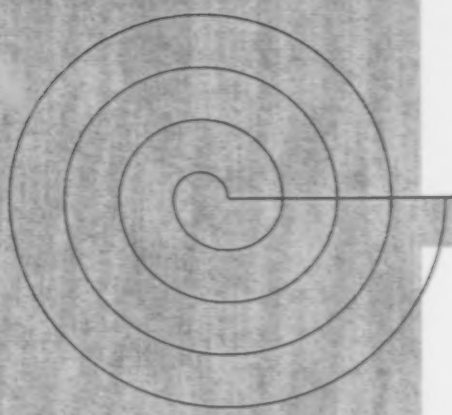
- Selon un ratio de 1 : 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus (2001) (source : Arcand-Hébert).
- Selon un ratio de 2 : 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus (2001) (source : Arcand-Hébert).
- Selon 40 % des cas hospitalisés de 75 ans et plus x 16 jours (durée moyenne de séjour) / 365 jours (moyenne des 4 dernières années) (source : CH Côte-des-Neiges).
- Selon 60 % des cas hospitalisés de 75 ans et plus en médecine x 16 jours (durée moyenne de séjour) / 365 jours (moyenne 4 dernières années) (source : CH Côte-des-Neiges).
- Selon 40 % des cas hospitalisés de 75 ans et plus x 16 jours (durée moyenne de séjour) / 365 jours (projection 2001) (source : CH Côte-des-Neiges).
- Selon 60 % des cas hospitalisés de 75 ans et plus en médecine x 16 jours (durée moyenne de séjour) / 365 jours (projection 2001) (source : CH Côte-des-Neiges).

CHCD	LITS ACTUELS	ÉQUIV-LITS 1 : 1 000 PROJ. 2001	ÉQUIV-LITS 2 : 1000 PROJ. 2001	ÉQUIV-LITS 75+ TOUS MOY. 4 ANS	ÉQUIV-LITS 75+ MÉD. MOY. 4 ANS	ÉQUIV-LITS 75+ TOUS PROJ. 2001	ÉQUIV-LITS 75+ MÉD. PROJ. 2001
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	18	16	33	29	31	37	41
St-Eustache	10	14	28	19	25	26	35
Laurentien	10	11	22	11	15	16	22
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	0	1	2	3	4	3	4
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	5	4	7	7	9	8	11
Argenteuil	4	5	10	9	12	11	15
TOTAL	47	51	102	78	96	101	128

Note : La population de Thérèse-de-Blainville est divisée moitié-moitié entre Hôtel-Dieu et St-Eustache.

Annexe 5

Réseau de services intégrés
aux personnes âgées
et autres adultes en
perte d'autonomie



Hébergement temporaire en CHSLD

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la réflexion d'un comité de travail composé de représentants des établissements concernés. Nous remercions tous et chacun de leur précieuse collaboration.

COMITÉ SUR LES SERVICES D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Yvon Beauchamp
CHSLD Drapeau Deschambault

Marie-Luce Boyer
Régie régionale

France Castilloux
CHSLD Ste-Anne et Côme-Cartier

Lyne Cloutier
CLSC-CHSLD des Trois Vallées

André C. Desautels
CHSLD de la Rive et de Mirabel

André Deshaies
Régie régionale

Ginette Leblanc
Régie régionale

Thérèse Legault
CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Mario Proulx
CLSC d'Argenteuil

Lynda Séguin
CLSC Jean-Olivier-Chénier

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN CHSLD

Page

1. Contexte 1

2. Définition 1

3. Objectifs 3

4. Clientèles-cibles. 3

5. Processus d'intervention 4
   - 5.1 Critères d'admission 4
   - 5.2 Critères de priorisation 5
   - 5.3 Processus de référence 5
   - 5.4 Durée et fréquence des séjours 5
   - 5.5 Contribution des usagers 6

6. Rôles et responsabilités des collaborateurs 6
   - 6.1 Responsabilités du CLSC 6
   - 6.2 Responsabilités de l'établissement hébergeant 7
   - 6.3 Responsabilités du centre hospitalier 10

7. Situation actuelle et situation visée 11
   - 7.1 Ressources actuelles 14
   - 7.2 Ressources requises 15
   - 7.3 Financement 17

8. Suivi et évaluation 17

9. Conclusion 18

Tableaux

Tableau 1 Situation visée 12
Tableau 2 Plan d'action 13
Tableau 3 Répartition des lits 14
Tableau 4 Taux d'occupation 15
Tableau 5 Répartition des places 16
Tableau 6 Conversion des lits 16

1. CONTEXTE

Les services d'hébergement temporaire s'inscrivent dans le contexte suivant :

- le **vieillissement de la population** devrait entraîner des besoins grandissants de services de maintien dans le milieu naturel, dont des services d'hébergement temporaire à des fins de répit aux aidants naturels, de dépannage en situation de crise ou de protection sociale en cas d'abus;

- le **virage ambulatoire** avec la diminution des durées de séjour en centre hospitalier devrait entraîner des besoins grandissants de services de convalescence dans des milieux d'hébergement, en transition vers un retour à domicile;

- l'implantation d'un **réseau de services intégrés** aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie implique la mise en place d'une gamme essentielle de services visant le maintien dans le milieu de vie naturel dont l'hébergement temporaire apparaît comme un des maillons importants.

2. DÉFINITION

L'hébergement temporaire consiste à offrir une **ressource d'accueil substitut**, pour une durée limitée dans le temps et dans certaines circonstances, à une personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie vivant à domicile et dépendante d'un tiers pour assurer ses besoins essentiels.

L'usager en hébergement temporaire a un statut d'**admis temporaire** puisqu'il occupe un lit au permis de l'établissement qui est identifié nommément aux fins de l'hébergement temporaire et qui est distinct des lits d'hébergement permanent. Cependant, il n'est pas soumis à la contribution des adultes hébergés de façon permanente et son séjour en hébergement temporaire se fait dans l'optique d'un retour à domicile contrairement à l'hébergement permanent.

La ressource d'accueil assure à l'usager admis en hébergement temporaire la continuité des soins que son état requiert pour une période prédéterminée au terme de laquelle s'effectue normalement son retour à domicile.

Au moins quatre **motifs** peuvent justifier le recours à l'hébergement temporaire :

- le répit;
- le dépannage;
- la convalescence;
- les soins palliatifs.

- Hébergement de répit

L'hébergement de répit vise à accorder un repos aux aidants naturels qui assument la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans des situations prévues d'avance (ex. : périodes de vacances). Les périodes de répit peuvent varier de quelques jours à quelques semaines, mais ne dépassent pas généralement trois semaines. Il est à noter que **l'hébergement par alternance** qui consiste à occuper un lit à tour de rôle par quelques personnes âgées qui y sont hébergées à intervalles réguliers (ex. : une semaine aux six semaines) constitue une modalité de l'hébergement de répit.

- Hébergement de dépannage

L'hébergement de dépannage vise à aider temporairement une personne âgée ou un autre adulte en perte d'autonomie qui vit une situation de crise en raison d'un bris temporaire dans son réseau d'aidants naturels (ex. : hospitalisation ou maladie de la personne soutien, situation d'abus ou de menace à l'intégrité physique ou au bien-être psychologique); durant le séjour en hébergement temporaire, on évaluera la possibilité d'un retour dans le milieu d'origine ou sinon celle d'un changement de milieu de vie.

- Hébergement de convalescence

L'hébergement de convalescence vise à permettre à une personne âgée ou un autre adulte en perte d'autonomie de récupérer progressivement ses forces, suite à une maladie, un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

- Hébergement de soins palliatifs

L'hébergement de soins palliatifs vise à héberger une personne en phase terminale ou pré-terminale d'une maladie. Compte tenu que le pronostic sur la durée exacte de vie est difficile à établir dans un bon nombre de cas, si la situation de la personne se stabilise, elle pourra être soit retournée à son milieu d'origine, soit transférée dans un lit d'hébergement permanent.

N'est pas considéré comme de l'hébergement temporaire :

- l'hébergement de **transition** qui consiste à héberger une personne dans une ressource d'hébergement permanent qui n'est pas son premier choix en attendant de pouvoir la transférer dans la ressource qu'elle a choisie;

- l'hébergement permanent effectué en **urgence sociale** qui consiste à héberger une personne en situation de crise avec un état médical stabilisé dans une ressource d'hébergement en permanence, sans que le processus normal d'évaluation n'ait été complété.

Il appartiendra à chaque territoire de statuer sur les clientèles âgées qui peuvent être admises dans les lits d'hébergement temporaire en spécialisant ceux-ci selon les motifs d'hébergement ou en maintenant une polyvalence dans leur utilisation de façon à répondre le mieux possible aux besoins de la clientèle-cible.

3. OBJECTIFS

L'hébergement temporaire a pour but de **contribuer au maintien à domicile** des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie le plus longtemps possible, et ce, dans des conditions optimales, en leur offrant de l'hébergement temporaire aux fins de répit, de dépannage ou de convalescence.

L'hébergement temporaire a également pour but de **dispenser des soins palliatifs** à des personnes en phase préterminale ou terminale en leur assurant des soins de confort et en leur apportant du réconfort ainsi qu'à leurs proches.

4. CLIENTÈLES-CIBLES

L'hébergement temporaire vise deux **clientèles-cibles prioritaires** :

- les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont en perte d'autonomie temporaire ou permanente;
- exceptionnellement les personnes âgées de moins de 65 ans avec un profil gériatrique ou en phase terminale d'une maladie.

L'hébergement temporaire de répit vise également à offrir un support aux **personnes soutien** constituant le réseau d'aide informel des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie en hébergeant temporairement les personnes dont elles ont la charge.

5. PROCESSUS D'INTERVENTION

5.1 Critères d'admission

La clientèle qui peut être admise aux services d'hébergement temporaire doit répondre aux quatre critères d'admission suivants :

- **Être âgé de 65 ans ou plus** (ou exceptionnellement de moins de 65 ans avec un profil gériatrique ou en phase terminale d'une maladie);

- **Résider à domicile**

  La définition du domicile correspond à celle retenue dans les orientations ministérielles concernant les services à domicile; il comprend la maison privée, le logement ou appartement, la chambre, le logement dans un HLM, le logement dans une résidence privée de type chambre et pension, la résidence d'accueil (RTF) et la ressource intermédiaire (RI).

  Il est à noter que la clientèle âgée qui réside en résidence privée de type chambre et pension, en résidence d'accueil ou en ressource intermédiaire ne peut pas être admise en hébergement temporaire aux fins de répit ou de dépannage.

- **Être dépendant de l'aide de tiers pour assurer ses besoins essentiels**

  - la dépendance est déterminée par une évaluation effectuée par le CLSC ou le centre hospitalier avec la grille multiclientèles;

  - la dépendance peut être de nature physique, psychologique ou sociale; elle peut être totale ou partielle; elle peut être passagère ou permanente; elle peut être causée par une déficience ou par une maladie à caractère physique ou psychologique;

  - les besoins essentiels réfèrent aux besoins de base nécessaires à la survie d'une personne tels que : respirer, s'alimenter, s'habiller, se laver, se déplacer, communiquer, s'orienter dans le temps, l'espace et face aux personnes, être en sécurité.

- **Avoir un état de santé stabilisé**

  - la personne doit avoir un état de santé stabilisé et ne pas nécessiter de soins médicaux en phase aiguë dispensés normalement en centre hospitalier.

5.2 *Critères de priorisation*

La priorité d'une demande d'admission en hébergement temporaire est établie selon les trois critères de priorisation suivants :

- **Degré de support nécessité par les proches**

  La priorité sera donnée à des situations visant à prévenir l'épuisement des proches et à empêcher ou retarder un hébergement permanent.

- **Urgence de la réponse aux besoins d'une personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie**

  la priorité sera donnée à des situations qui exigent une intervention rapide, compte tenu des conséquences qu'elles peuvent entraîner chez la personne.

- **Niveau socio-économique**

  la priorité sera donnée à des situations où la personne et ses proches sont défavorisés sur le plan socio-économique.

5.3 *Processus de référence*

La demande pour un séjour en hébergement temporaire est adressée au guichet unique du CLSC.

Elle peut provenir de la personne elle-même ou de ses proches. Une référence au guichet unique du CLSC peut également être faite par le médecin traitant, les services externes du CHSLD ou les services gériatriques du centre hospitalier.

S'il y a un changement significatif dans l'état de santé de la personne durant son séjour en hébergement temporaire, l'établissement hébergeant en avise le guichet unique du CLSC et, s'il y a lieu, le médecin traitant lors de son congé.

5.4 *Durée et fréquence des séjours*

La **durée** d'un séjour en hébergement temporaire ne devrait pas normalement dépasser vingt et un jours, avec possibilité de prolongation d'une semaine à la fois, selon les besoins de la personne et la disponibilité des ressources d'hébergement, et ce, afin de favoriser l'accessibilité des places au plus grand nombre d'usagers possible.

La **fréquence** des séjours peut varier d'une à plusieurs fois par année, selon les modalités adoptées dans chaque territoire. La fréquence la plus élevée apparaît dans la formule d'hébergement par alternance où la personne occupe, par exemple, une place à raison d'une semaine aux six semaines pour un total de huit admissions par année.

5.5 *Contribution des usagers*

La contribution des usagers en hébergement temporaire n'est pas réglementée présentement par le MSSS. Chaque établissement d'hébergement établit sa propre tarification. Les tarifs chargés par les établissements de la région des Laurentides se situent entre 0 $ et 10 $ par jour.

Les tarifs devraient être **uniformisés** dans l'ensemble de la région et quel que soit le motif de l'hébergement temporaire afin de respecter l'équité entre les usagers. Ils devraient alors être fixés en tenant compte que l'usager doit continuer à payer son loyer durant son hébergement temporaire, mais qu'il n'a pas à assumer de frais d'épicerie. La contribution ne doit pas constituer un critère d'exclusion dans le cas où un usager est dans l'incapacité de la défrayer.

À titre indicatif, ce tarif pourrait être établi au départ à **10 $ par jour**, quel que soit le revenu de l'usager, compte tenu du coût du panier d'épicerie qui est le même pour tout le monde; il pourrait être rajusté annuellement par la Régie régionale, après consultation avec les établissements concernés, selon l'évolution du coût de la vie.

Cette contribution n'étant pas sujette à rectificatif budgétaire, elle peut permettre de compenser, du moins en partie, les coûts supplémentaires engendrés pour l'établissement, à cause du roulement de clientèle âgée plus élevé qu'en hébergement permanent.

6. *RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES COLLABORATEURS*

6.1 *Responsabilités du CLSC*

Le guichet unique du CLSC est le responsable de l'**accès** aux services d'hébergement temporaire. À ce titre, il doit :

- recevoir la demande de services;
- informer l'usager ou son répondant sur les services offerts;
- recueillir les renseignements nécessaires au suivi de l'usager;
- établir l'éligibilité de l'usager;
- s'assurer de la participation de l'usager et de sa famille;

- établir la priorité de la demande;
- identifier la ressource d'accueil la plus adéquate;
- vérifier la disponibilité de la ressource d'accueil temporaire.
-

Les renseignements requis sur l'usager lors de l'admission en hébergement temporaire sont minimalement les suivants :

- identité de l'usager;
- numéro d'assurance-maladie et d'assurance sociale;
- nom du médecin traitant;
- liste des médicaments prescrits;
- allergies connues;
- noms des personnes à contacter en cas de besoin;
- description sommaire des services requis par la personne;
- dossier médical (lors d'une référence par un médecin ou un centre hospitalier).

Le guichet unique du CLSC est responsable de la **coordination** des services d'hébergement temporaire. À ce titre, il doit :

- assurer les liens entre le référant, la ressource d'accueil, l'usager et ses proches;
- établir conjointement avec les différents collaborateurs concernés le contrat de services;
- planifier le congé de l'usager, en collaboration avec les ressources concernées;
- initier avec les différents collaborateurs concernés les responsabilités de suivi de l'usager.

6.2 Responsabilités de l'établissement hébergeant

La ressource d'hébergement exerce auprès de l'usager admis en hébergement temporaire une fonction de **suppléance**, c'est-à-dire de relève et de relais. Son rôle consiste à lui assurer la gamme et la fréquence des services qui s'inscrivent dans la continuité de ceux qui lui sont dispensés par les proches et les intervenants formels du réseau, au moment de sa référence.

La ressource d'hébergement qui accueille un usager en hébergement temporaire lui offre donc les services de santé et de services sociaux qu'elle est habilitée à dispenser, en vertu de la **mission** spécifique qui lui est conférée par la loi et compte tenu de ses ressources.

Une personne admise en hébergement temporaire dans un établissement peut donc, compte tenu de ses besoins, recevoir des **services** d'assistance, de soutien, de surveillance ainsi que des services médicaux, pharmaceutiques, infirmiers, psychosociaux et de réadaptation, conformément à la mission des CHSLD (article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

Une personne admise en hébergement temporaire en ressource intermédiaire peut donc, compte tenu de ses besoins, recevoir des services de la ressource intermédiaire et de l'établissement responsable, conformément au contrat qui les lie. A noter que le contrat actuel est susceptible d'être modifié dans le contexte de l'implantation du nouveau cadre de référence sur les ressources intermédiaires.
À la fin du séjour en hébergement temporaire, le gestionnaire de cas du guichet unique s'assurera de la continuité des services, selon l'évolution des besoins de l'usager.

Nous aborderons ici brièvement quatre **aspects particuliers** en lien avec les services offerts par l'établissement hébergeant : les services médicaux, les fournitures de médicaments, les autres fournitures et le transport.

- Services médicaux

Les personnes référées en hébergement temporaire de répit ou de dépannage ne nécessitent pas habituellement des services médicaux actifs. C'est le cas notamment des personnes en provenance de leur domicile et qui bénéficient déjà d'un contrôle médical régulier assuré par leur médecin personnel.

D'autres personnes arrivent en hébergement temporaire en situation de convalescence alors que leur état vient d'être stabilisé par un médecin oeuvrant en salle d'urgence ou sur une unité de courte durée d'un centre hospitalier.

Outre ces situations prévisibles, certaines personnes peuvent, au cours de leur séjour en hébergement temporaire, être confrontées à des situations d'urgence où l'intervention d'un médecin peut s'avérer indispensable; elles auront alors besoin d'un certain suivi médical durant leur séjour, lors d'un épisode de soins actifs (ex. : pneumonie).

La problématique soulevée ici en est une de responsabilité médicale. Il s'agit, en effet, de déterminer qui, du médecin personnel ou du médecin rattaché à l'établissement hébergeant, est responsable d'assurer les services médicaux à l'usager admis en séjour temporaire.

Théoriquement, le choix du médecin traitant appartient à l'usager en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Mais, en vertu de la même loi, un professionnel a la liberté d'accepter de traiter ou non une personne.

Les services d'hébergement temporaire en répit, dépannage et convalescence étant dispensés dans une optique de retour à domicile, le suivi médical d'une personne admise en hébergement temporaire se situe dans la continuité de celui qu'elle recevait déjà au moment de sa référence.

L'établissement hébergeant qui accueille un usager en hébergement temporaire a la responsabilité de lui assurer la **continuité du suivi médical** requis par son état, s'il y a lieu, soit par le médecin traitant, soit par le médecin de l'établissement.

Le dossier médical de l'usager avec ses antécédents personnels et ses maladies actuelles doit donc l'accompagner lors de son admission en hébergement temporaire (évaluation médicale CTMSP ou résumé médical, profil pharmacologique).
Un médecin personnel non rattaché à l'établissement qui accepterait de continuer à suivre son patient durant son séjour en hébergement temporaire devrait au préalable obtenir le statut de membre visiteur de l'établissement concerné.

Lors du congé, l'établissement hébergeant avise le médecin traitant de tout changement significatif dans l'état de santé de l'usager.

- Fourniture de médicaments

Les médicaments requis pour la prestation des services aux personnes âgées admises en hébergement temporaire de répit, de dépannage ou de convalescence sont fournis par le client, dans le cadre du programme d'assurance-médicaments et, s'il y a lieu, d'un programme d'assurances personnelles. Les médicaments ne sont donc pas fournis par l'établissement hébergeant, ni par le centre hospitalier qui a référé la personne, le cas échéant.

Les médicaments requis pour les clients en soins palliatifs sont fournis par l'établissement hébergeant durant la phase préterminale ou terminale de la maladie.

L'établissement hébergeant pourrait fournir temporairement des médicaments à un usager en attendant que la famille de l'usager se procure les médicaments prescrits à la pharmacie.

Dans le cas où un centre hospitalier réfère un usager en hébergement temporaire pour de la convalescence ou des soins palliatifs, il lui fournit lors de son congé la médication pour 24 heures (ou 48 heures si la référence a lieu le vendredi) afin de laisser le temps à la famille de l'usager de se procurer les médicaments prescrits à la pharmacie.

- Autres fournitures

Le matériel et les équipements requis (ex. : culottes d'incontinence, sacs de colostomie) sont fournis par le client qui est hébergé en répit, en dépannage ou en convalescence; celui-ci peut se prévaloir des divers programmes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) s'il répond aux critères. Les fournitures ne sont donc pas fournis par l'établissement hébergeant, ni par le centre hospitalier qui a référé la personne, le cas échéant.

Le matériel et les équipements requis pour les clients en soins palliatifs sont fournis par l'établissement hébergeant durant la phase préterminale et terminale de la maladie.

- Transport

Le transport du domicile à l'établissement et de l'établissement au domicile d'une personne admise en hébergement temporaire est normalement aux frais du client.

Pour ce qui est du **transport par ambulance**, lorsque médicalement requis, pour une personne qui est admise en hébergement temporaire :

- si la personne vit **à domicile** et qu'elle est **âgée de 65 ans et plus**, le transport est à la charge de l'établissement hébergeant, lors de l'admission et du retour à domicile, conformément à la politique régionale en matière de transport des usagers par ambulance;

- si la personne est **hospitalisée**, quel que soit son âge, le transport du centre hospitalier vers l'établissement hébergeant est à la charge du centre hospitalier; lors du retour à domicile, le transport est à la charge de l'établissement hébergeant.

6.3 *Responsabilités du centre hospitalier*

Le centre hospitalier qui prévoit référer un usager en hébergement temporaire s'assure au préalable que l'état de santé de l'usager est stabilisé et qu'il ne nécessite plus de soins médicaux en phase aiguë.

Le centre hospitalier effectue la référence via le guichet unique du CLSC. Le centre hospitalier transmet également au guichet unique du CLSC un résumé du dossier médical afin d'assurer une continuité des soins pour l'usager.

Le centre hospitalier s'assure également de fournir la médication à l'usager lors de son congé pour une durée de 24 heures (48 heures si le congé a lieu le vendredi), de façon à permettre à la famille de se procurer les médicaments prescrits auprès de la pharmacie.

7. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

Le développement du programme d'hébergement temporaire aura un impact sur les besoins de perfectionnement du personnel des CHSLD qui dispense des services à la clientèle hébergée concernant des nouvelles techniques de soins (ex. : dialyse péritonéale) ou des situations particulières reliées à certains usagers.

Ainsi, il faudra habiliter le personnel à desservir un nombre grandissant d'usagers hébergés durant des courtes périodes pour des raisons de répit, de dépannage, de convalescence ou de soins palliatifs.
Chacun des CHSLD aura à analyser les besoins des diverses clientèles desservies par ses programmes tant à l'interne qu'à l'externe et à y répondre le mieux possible en s'assurant que la clientèle en hébergement temporaire reçoive sa juste part des services de façon à favoriser son maintien en milieu de vie naturel avec la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme d'hébergement temporaire implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CHSLD et le guichet unique des CLSC; celui-ci assurera une continuité des services avec les autres collaborateurs du réseau de services intégrés : les services gériatriques des centres hospitaliers, les cliniques médicales privées et les organismes communautaires.

Le développement du programme d'hébergement temporaire aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des services offerts et les impliquer dans le plan d'intervention qui les concerne.

7. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

Le développement du programme d'hébergement temporaire aura un impact sur les besoins de perfectionnement du personnel des CHSLD qui dispense des services à la clientèle hébergée concernant des nouvelles techniques de soins (ex. : dialyse péritonéale) ou des situations particulières reliées à certains usagers.

Ainsi, il faudra habiliter le personnel à desservir un nombre grandissant d'usagers hébergés durant des courtes périodes pour des raisons de répit, de dépannage, de convalescence ou de soins palliatifs.
Chacun des CHSLD aura à analyser les besoins des diverses clientèles desservies par ses programmes tant à l'interne qu'à l'externe et à y répondre le mieux possible en s'assurant que la clientèle en hébergement temporaire reçoive sa juste part des services de façon à favoriser son maintien en milieu de vie naturel avec la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme d'hébergement temporaire implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CHSLD et le guichet unique des CLSC; celui-ci assurera une continuité des services avec les autres collaborateurs du réseau de services intégrés : les services gériatriques des centres hospitaliers, les cliniques médicales privées et les organismes communautaires.

Le développement du programme d'hébergement temporaire aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des services offerts et les impliquer dans le plan d'intervention qui les concerne.

TABLEAU 1
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Rehaussement du ratio de lits à un taux minimal de 1 lit : 1 000 personnes âgées dans tous les territoires moyennant un taux d'occupation des lits actuels d'au moins 80 %	Conversion de lits d'hébergement permanent en lits d'hébergement temporaire soit en CHSLD, soit en ressource intermédiaire	Réallocation interne à l'établissement
Perfectionnement du personnel sur des techniques de soins spécifiques	Programme de perfectionnement (ex. : dialyse péritonéale)	
Mécanisme de liaison avec le guichet unique des CLSC	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs	
Mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Utilisation d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs dans chaque territoire (ex. : CTMSP médicale, grille multiclientèles)	
Clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie bien informée sur les services disponibles	Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée	
Indicateurs de performance standardisés et validés	Élaboration d'indicateurs de performance	

TABLEAU 2
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES EN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE NATUREL ET DE PRÉVENIR OU RETARDER LE RECOURS À L'INSTITUTIONNALISATION

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
Convertir des lits d'hébergement permanent en lits d'hébergement temporaire soit en CHSLD, soit en ressource intermédiaire (ratio de lit d'au moins 1 : 1 000)	Mettre en place les équipes d'intervenants	CHSLD	Comité de coordination
Assurer des programmes de perfectionnement pour le personnel sur des techniques de soins spécifiques	Organiser du perfectionnement pour le personnel infirmier, les préposés et le personnel de réadaptation	CHSLD	
Établir des mécanismes de liaison avec le guichet unique des CLSC	Identifier des agents de liaison au niveau des collaborateurs concernés	CHSLD	CLSC CHCD
Établir des mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations par territoire	CHSLD	CLSC CHCD
Informer la clientèle âgée éligible sur les services d'hébergement temporaire disponibles en CHSLD	• Élaborer des outils d'information destinés à la population âgée • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie	CLSC	CHSLD CHCD
Effectuer le suivi du programme d'hébergement temporaire en CHSLD	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque territoire • Assurer le suivi régional via le comité de travail sur l'hébergement temporaire • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés	• CHCD • Comité de coordination • Comité de travail régional	CHSLD CLSC

TABLEAU 1
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Rehaussement du ratio de lits à un taux minimal de 1 lit : 1 000 personnes âgées dans tous les territoires moyennant un taux d'occupation des lits actuels d'au moins 80 %	Conversion de lits d'hébergement permanent en lits d'hébergement temporaire soit en CHSLD, soit en ressource intermédiaire	Réallocation interne à l'établissement
Perfectionnement du personnel sur des techniques de soins spécifiques	Programme de perfectionnement (ex. : dialyse péritonéale)	
Mécanisme de liaison avec le guichet unique des CLSC	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des collaborateurs	
Mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Utilisation d'un outil standardisé de transmission d'informations aux collaborateurs dans chaque territoire (ex. : CTMSP médicale, grille multiclientèles)	
Clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie bien informée sur les services disponibles	Processus d'information à mettre en place pour la clientèle âgée	
Indicateurs de performance standardisés et validés	Élaboration d'indicateurs de performance	

TABLEAU 2
PLAN D'ACTION

OBJECTIF GÉNÉRAL : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES EN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE NATUREL ET DE PRÉVENIR OU RETARDER LE RECOURS À L'INSTITUTIONNALISATION

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
Convertir des lits d'hébergement permanent en lits d'hébergement temporaire soit en CHSLD, soit en ressource intermédiaire (ratio de lit d'au moins 1 : 1 000)	Mettre en place les équipes d'intervenants	CHSLD	Comité de coordination
Assurer des programmes de perfectionnement pour le personnel sur des techniques de soins spécifiques	Organiser du perfectionnement pour le personnel infirmier, les préposés et le personnel de réadaptation	CHSLD	
Établir des mécanismes de liaison avec le guichet unique des CLSC	Identifier des agents de liaison au niveau des collaborateurs concernés	CHSLD	CLSC CHCD
Établir des mécanismes de références standardisés entre les collaborateurs	Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations par territoire	CHSLD	CLSC CHCD
Informer la clientèle âgée éligible sur les services d'hébergement temporaire disponibles en CHSLD	• Élaborer des outils d'information destinés à la population âgée • Assurer leur diffusion auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie	CLSC	CHSLD CHCD
Effectuer le suivi du programme d'hébergement temporaire en CHSLD	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque territoire • Assurer le suivi régional via le comité de travail sur l'hébergement temporaire • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés	• CHCD • Comité de coordination • Comité de travail régional	CHSLD CLSC

7.1 *Ressources actuelles*

La région des Laurentides compte présentement 45 lits d'hébergement temporaire en CHSLD, ce qui correspond à un ratio de lits de 0,84 lit par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus (projections 2001).

TABLEAU 3
RÉPARTITION DES LITS

TERRITOIRE DE CLSC	65 ANS + 2001	LITS ACTUELS	LOCALISATION	RATIO/ 1 000 P.A.
Jean-Olivier-Chénier	9 179	14	Rive-Mirabel : 13 Deux-Montagnes : 1	1,5
Thérèse-de-Blainville	10 036	10	Drapeau-Deschambault : 10	1,0
Arthur-Buies	11 457	8	Rivière du Nord : 6 Foyer Soleil : 2	0,7
Argenteuil	4 808	2	CH d'Argenteuil : 2	0,4
Pays-d'en-Haut	5 328	2	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut : 2	0,4
Trois Vallées	5 728	7	CH Laurentien : 3 Vallées du Nord : 4	1,2
Hautes-Laurentides	4 707	2	Ste-Anne et Côme Cartier : 1 CHCR-AL : 1	0,4
Total régional	51 243	45		0,84

Notons également que la région compte deux lits d'hébergement temporaire en ressource intermédiaire pour la clientèle âgée en légère perte d'autonomie, soit un lit dans chacune des ressources suivantes :

- Pavillon St-Louis, St-Eustache (territoire Jean-Olivier-Chénier)
- Pavillon Therrien, Mont-Laurier (territoire Hautes-Laurentides)

Le taux d'occupation des lits en hébergement temporaire varie selon les années et selon les CHSLD. Le tableau suivant indique pour chaque territoire de CLSC et pour l'ensemble de la région le nombre de places en hébergement temporaire, le taux d'occupation des places au cours des trois dernières années ainsi que la moyenne.

TABLEAU 4
TAUX D'OCCUPATION

TERRITOIRE DE CLSC	ÉTABLISSEMENT	PLACES	% occ. 1994-1995	% occ. 1995-1996	% occ. 1996-1997	MOYENNE 3 ans
Jean-Olivier-Chénier	Rive-Mirabel	8	85 %	89 %	61 %**	78 %
	Deux-Montagnes	1	73 %	72 %	72 %	72 %
Thérèse-de-Blainville	Drapeau Deschambault	9	82 %	101 %*	88 %	90 %
Arthur-Buies	Rivière du Nord	6	73 %	75 %	72 %	73 %
	Foyer soleil	2	70 %	58 %	53 %	60 %
Argenteuil	CH Argenteuil	1	n.d.	60 %	85 %	73 %
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	2	51 %	72 %	53 %	59 %
Trois Vallées	Vallées du Nord	2	74 %	88 %	95 %*	86 %
Hautes-Laurentides	Ste-Anne et Côme Cartier	2	69 %	58 %	68 %	65 %
Total régional		33	77 %	83 %	73 %	78 %

* Utilisation d'autres lits vacants dans l'établissement à certains moments de l'année.
** Fermeture temporaire de lits en raison de travaux de rénovation.

(Source : Rapport statistique des établissements 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, p. 22).
Compte tenu du roulement de la clientèle âgée en hébergement temporaire, on pourrait estimer le taux d'occupation optimal en répit à 85 %. Pour le dépannage, la convalescence et les soins palliatifs, le taux d'occupation optimal est plus difficile à apprécier en raison du caractère imprévisible des besoins.

7.2 *Ressources requises*

On pourrait convenir en région d'un ratio se situant entre 1 place et 1,5 places par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus. Il appartiendra à chaque territoire de statuer sur le ratio de lits optimal, tout en préservant un ratio d'au moins 3,5 % en hébergement permanent. On retrouvera au tableau suivant une répartition des places selon ces deux ratios.

7.1 *Ressources actuelles*

La région des Laurentides compte présentement 45 lits d'hébergement temporaire en CHSLD, ce qui correspond à un ratio de lits de 0,84 lit par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus (projections 2001).

TABLEAU 3
RÉPARTITION DES LITS

TERRITOIRE DE CLSC	65 ANS + 2001	LITS ACTUELS	LOCALISATION	RATIO/ 1 000 P.A.
Jean-Olivier-Chénier	9 179	14	Rive-Mirabel : 13 Deux-Montagnes : 1	1,5
Thérèse-de-Blainville	10 036	10	Drapeau-Deschambault : 10	1,0
Arthur-Buies	11 457	8	Rivière du Nord : 6 Foyer Soleil : 2	0,7
Argenteuil	4 808	2	CH d'Argenteuil : 2	0,4
Pays-d'en-Haut	5 328	2	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut : 2	0,4
Trois Vallées	5 728	7	CH Laurentien : 3 Vallées du Nord : 4	1,2
Hautes-Laurentides	4 707	2	Ste-Anne et Côme Cartier : 1 CHCR-AL : 1	0,4
Total régional	51 243	45		0,84

Notons également que la région compte deux lits d'hébergement temporaire en ressource intermédiaire pour la clientèle âgée en légère perte d'autonomie, soit un lit dans chacune des ressources suivantes :

- Pavillon St-Louis, St-Eustache (territoire Jean-Olivier-Chénier)
- Pavillon Therrien, Mont-Laurier (territoire Hautes-Laurentides)

Le taux d'occupation des lits en hébergement temporaire varie selon les années et selon les CHSLD. Le tableau suivant indique pour chaque territoire de CLSC et pour l'ensemble de la région le nombre de places en hébergement temporaire, le taux d'occupation des places au cours des trois dernières années ainsi que la moyenne.

TABLEAU 4
TAUX D'OCCUPATION

TERRITOIRE DE CLSC	ÉTABLISSEMENT	PLACES	% OCC. 1994-1995	% OCC. 1995-1996	% OCC. 1996-1997	MOYENNE 3 ans
Jean-Olivier-Chénier	Rive-Mirabel	8	85 %	89 %	61 %**	78 %
	Deux-Montagnes	1	73 %	72 %	72 %	72 %
Thérèse-de-Blainville	Drapeau Deschambault	9	82 %	101 %*	88 %	90 %
Arthur-Buies	Rivière du Nord	6	73 %	75 %	72 %	73 %
	Foyer soleil	2	70 %	58 %	53 %	60 %
Argenteuil	CH Argenteuil	1	n.d.	60 %	85 %	73 %
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	2	51 %	72 %	53 %	59 %
Trois Vallées	Vallées du Nord	2	74 %	88 %	95 %*	86 %
Hautes-Laurentides	Ste-Anne et Côme Cartier	2	69 %	58 %	68 %	65 %
Total régional		33	77 %	83 %	73 %	78 %

* Utilisation d'autres lits vacants dans l'établissement à certains moments de l'année.
** Fermeture temporaire de lits en raison de travaux de rénovation.

(Source : Rapport statistique des établissements 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, p. 22).
Compte tenu du roulement de la clientèle âgée en hébergement temporaire, on pourrait estimer le taux d'occupation optimal en répit à 85 %. Pour le dépannage, la convalescence et les soins palliatifs, le taux d'occupation optimal est plus difficile à apprécier en raison du caractère imprévisible des besoins.

7.2 *Ressources requises*

On pourrait convenir en région d'un ratio se situant entre 1 place et 1,5 places par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus. Il appartiendra à chaque territoire de statuer sur le ratio de lits optimal, tout en préservant un ratio d'au moins 3,5 % en hébergement permanent. On retrouvera au tableau suivant une répartition des places selon ces deux ratios.

TABLEAU 5
RÉPARTITION DES PLACES

TERRITOIRE DE CLSC	65 ans + (proj. 2001)	LITS ACTUELS	LITS REQUIS 1 : 1 000	LITS REQUIS 1,5 : 1 000	ÉCART 1 : 1 000	ÉCART 1,5 : 1 000
Thérèse-de-Blainville	10 036	10	10	15	0	-5
Jean-Olivier-Chénier	9 179	14	9	14	+5	0
Arthur-Buies	11 457	8	11	17	-3	-9
Argenteuil	4 808	2	5	7	-3	-5
Pays-d'en-Haut	5 328	2	5	8	-3	-6
Trois Vallées	5 728	7	6	9	+1	-2
Hautes-Laurentides	4 707	2	5	7	-3	-5
TOTAL RÉGIONAL	51 243	45	51	77	-6	-32

Le tableau suivant illustre l'impact de la conversion de lits d'hébergement permanent en lits d'hébergement temporaire sur les taux hébergement permanent.

TABLEAU 6
CONVERSION DES LITS

TERRITOIRE DE CLSC	Âgés 65 + Proj. 2001	Lits h.perm. Proj. 2001	Taux h.perm. Proj. 2001	Taux h.perm. si h.t. à 1 : 1 000	Taux h.perm. si h.t. à 1,5 : 1 000
Jean-Olivier-Chénier	9 179	317	3,45 %	3,45 %	3,40 %
Thérèse-de-Blainville	10 036	347	3,46 %	3,46 %	3,41 %
Arthur-Buies	11 457	429	3,74 %	3,72 %	3,67 %
Argenteuil	4 808	170	3,54 %	3,45 %	3,41 %
Pays-d'en-Haut	5 328	94	1,76 %	1,71 %	1,65 %
Trois Vallées	5 728	237	4,14 %	4,15 %	4,10 %
Hautes-Laurentides	4 707	221	4,70 %	4,63 %	4,59 %
TOTAL RÉGIONAL	51 43	1 815	3,54 %	3,52 %	3,47 %

7.3 *Financement*

Les nouvelles places pourraient être développées par **conversion de places** d'hébergement permanent en places d'hébergement temporaire, soit en CHSLD, soit en ressource intermédiaire, lorsque le taux d'occupation des places existantes en hébergement temporaire est suffisamment élevé pour le justifier (au-delà de 80 %) et lorsque le taux d'hébergement permanent se situe au moins à 3,5 %. Elles seraient financées à même l'enveloppe globale de chaque établissement concerné.

Les coûts réels des places d'hébergement temporaire peuvent être supérieurs à ceux des places en hébergement permanent, compte tenu du taux élevé de roulement de ces places; la durée moyenne de séjour étant d'environ 3 semaines, c'est dire qu'une place occupée à 80 % sur un an recevrait environ 14 usagers différents.

De plus, les évaluations Plaisir démontrent que les cas hébergés en hébergement temporaire en CHSLD sont généralement aussi lourds que la moyenne des cas en hébergement permanent.

La méthodologie des bases budgétaires effectue déjà une pondération au niveau du financement des places en hébergement temporaire en effectuant un ajustement annuel équivalent à 80 jours-présence par lit d'hébergement temporaire, ce qui correspond à un taux d'occupation de 78 %.

8. *SUIVI ET ÉVALUATION*

Le suivi de l'implantation de la programmation d'hébergement temporaire en CHSLD sera assuré par le comité de travail qui a élaboré le document d'orientation régional.

Le comité se réunira régulièrement durant la phase d'implantation. Par la suite, il se réunira au moins deux fois par année pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs s'il y a lieu. Il pourrait s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin.

Ses recommandations seront acheminées au comité des présidents des comités de coordination du réseau de services intégrés.

Il faudra également assurer une évaluation périodique de la performance du programme afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience dans le cadre des objectifs du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

TABLEAU 5
RÉPARTITION DES PLACES

TERRITOIRE DE CLSC	65 ans + (proj. 2001)	LITS ACTUELS	LITS REQUIS 1 : 1 000	LITS REQUIS 1,5 : 1 000	ÉCART 1 : 1 000	ÉCART 1,5 : 1 000
Thérèse-de-Blainville	10 036	10	10	15	0	-5
Jean-Olivier-Chénier	9 179	14	9	14	+5	0
Arthur-Buies	11 457	8	11	17	-3	-9
Argenteuil	4 808	2	5	7	-3	-5
Pays-d'en-Haut	5 328	2	5	8	-3	-6
Trois Vallées	5 728	7	6	9	+1	-2
Hautes-Laurentides	4 707	2	5	7	-3	-5
TOTAL RÉGIONAL	51 243	45	51	77	-6	-32

Le tableau suivant illustre l'impact de la conversion de lits d'hébergement permanent en lits d'hébergement temporaire sur les taux hébergement permanent.

TABLEAU 6
CONVERSION DES LITS

TERRITOIRE DE CLSC	Âgés 65 + Proj. 2001	Lits h.perm. Proj. 2001	Taux h.perm. Proj. 2001	Taux h.perm. si h.t. à 1 : 1 000	Taux h.perm. si h.t. à 1,5 : 1 000
Jean-Olivier-Chénier	9 179	317	3,45 %	3,45 %	3,40 %
Thérèse-de-Blainville	10 036	347	3,46 %	3,46 %	3,41 %
Arthur-Buies	11 457	429	3,74 %	3,72 %	3,67 %
Argenteuil	4 808	170	3,54 %	3,45 %	3,41 %
Pays-d'en-Haut	5 328	94	1,76 %	1,71 %	1,65 %
Trois Vallées	5 728	237	4,14 %	4,15 %	4,10 %
Hautes-Laurentides	4 707	221	4,70 %	4,63 %	4,59 %
TOTAL RÉGIONAL	51 43	1 815	3,54 %	3,52 %	3,47 %

7.3 *Financement*

Les nouvelles places pourraient être développées par **conversion de places** d'hébergement permanent en places d'hébergement temporaire, soit en CHSLD, soit en ressource intermédiaire, lorsque le taux d'occupation des places existantes en hébergement temporaire est suffisamment élevé pour le justifier (au-delà de 80 %) et lorsque le taux d'hébergement permanent se situe au moins à 3,5 %. Elles seraient financées à même l'enveloppe globale de chaque établissement concerné.

Les coûts réels des places d'hébergement temporaire peuvent être supérieurs à ceux des places en hébergement permanent, compte tenu du taux élevé de roulement de ces places; la durée moyenne de séjour étant d'environ 3 semaines, c'est dire qu'une place occupée à 80 % sur un an recevrait environ 14 usagers différents.

De plus, les évaluations Plaisir démontrent que les cas hébergés en hébergement temporaire en CHSLD sont généralement aussi lourds que la moyenne des cas en hébergement permanent.

La méthodologie des bases budgétaires effectue déjà une pondération au niveau du financement des places en hébergement temporaire en effectuant un ajustement annuel équivalent à 80 jours-présence par lit d'hébergement temporaire, ce qui correspond à un taux d'occupation de 78 %.

8. *SUIVI ET ÉVALUATION*

Le suivi de l'implantation de la programmation d'hébergement temporaire en CHSLD sera assuré par le comité de travail qui a élaboré le document d'orientation régional.

Le comité se réunira régulièrement durant la phase d'implantation. Par la suite, il se réunira au moins deux fois par année pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs s'il y a lieu. Il pourrait s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin.

Ses recommandations seront acheminées au comité des présidents des comités de coordination du réseau de services intégrés.

Il faudra également assurer une évaluation périodique de la performance du programme afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience dans le cadre des objectifs du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

- Indicateurs

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du programme d'hébergement temporaire sont les suivants pour chacun des quatre volets (répit, dépannage, convalescence, soins palliatifs) :

- volume d'usagers du 1er avril au 31 mars de chaque année;
- volume d'usagers en attente au 31 mars de chaque année;
- délai moyen d'attente;
- durée moyenne de séjour;
- taux d'occupation des lits (jours-présences réels / jours-présences théoriques).

9. CONCLUSION

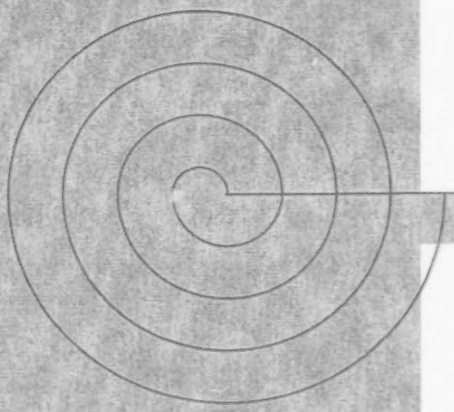
L'hébergement temporaire constitue un **maillon important** du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie et peut contribuer grandement au maintien de ces personnes dans leur milieu de vie naturel et prévenir ou retarder un placement en hébergement permanent.

Le **guichet unique** du CLSC constitue la porte d'entrée pour une admission en hébergement temporaire; il doit également s'assurer que l'usager ait accès aux services requis lors de sa sortie.

L'hébergement temporaire doit donc s'inscrire dans une continuité de services et être complémentaire aux autres services du réseau intégré : services à domicile des CLSC, services externes des CHSLD, services médicaux, services gériatriques des centres hospitaliers, services communautaires.

Annexe 6

Réseau de services intégrés
aux personnes âgées
et autres adultes en
perte d'autonomie



Hébergement permanent en CHSLD

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la réflexion d'un comité de travail composé de représentants des établissements concernés. Nous remercions tous et chacun de leur précieuse collaboration.

COMITÉ SUR LES SERVICES D'HÉBERGEMENT PERMANENT

Huguette Bibeau
Villa du Vieux Sapin

Jean-François Boivin
CHSLD Deux-Montagnes

Mariette Brabant
CHSLD Drapeau Deschambault

Micheline Brosseau
CH Laurentien

France Castilloux
CHSLD Ste-Anne et Côme Cartier

Lyne Cloutier
CLSC-CHSLD des Trois Vallées

Yves Cyr
CH-CR Antoine-Labelle

André Deshaies
Régie régionale

Christiane Fleurant
CLSC-CHSLD des Trois Vallées

Jacqueline Gagnon
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Monique Garand
CHSLD De la Rive et de Mirabel

Ginette Leblanc
Régie régionale

Amédée Michaud
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

Louise Miron
Centre d'hébergement Jaclo

Réjean Paquet
Foyer Soleil

Jocelyne Paquette
CH d'Argenteuil

André Poirier
CHSLD Drapeau Deschambault

Raymonde Robitaille
CHSLD de la Rivière du Nord

Line Sabourin
CHSLD Deux-Montagnes

Shirley Watson
Résidence Lachute

HÉBERGEMENT PERMANENT EN CHSLD

Page

1. Contexte 1

2. Définition 2

3. Objectifs 2

4. Clientèles-cibles 2

5. Processus d'intervention 17
   5.1 Critères d'admission 17
   5.2 Ajustement des ressources aux besoins de la clientèle 18
   5.3 Milieu de vie et milieu de soins 22

6. Programmes spécifiques à certaines clientèles 25
   6.1 Clientèle présentant des pertes d'autonomie importantes sur le plan biologique 25
   6.2 Clientèle présentant des atteintes cognitives importantes 25
   6.3 Clientèle présentant des problèmes de comportements importants sur le plan psychosocial 27
   6.4 Clientèle des adultes de moins de 65 ans 28
   6.5 Clientèle en soins palliatifs 28
   6.6 Clientèles particulières 31

7. Accessibilité à l'hébergement permanent 34

8. Situation actuelle et situation visée 40

9. Suivi et évaluation 43

10. Conclusion 44

Tableaux

Tableau 1 Caractéristiques du client gériatrique 3
Tableau 2 Distribution des usagers selon l'âge 4
Tableau 3 Répartition des usagers par groupe d'âges en pourcentage 5
Tableau 4 Répartition des niveaux de limitation 5
Tableau 5 Répartition des niveaux de déficience 6
Tableau 6 Répartition des problèmes de mobilité physique 6

Tableau 7	Répartition des problèmes psychologiques	6
Tableau 8	Distribution des bénéficiaires selon le niveau de déficit cognitif	7
Tableau 9	Distribution des bénéficiaires selon le type de problèmes psychiatriques	7
Tableau 10	Distribution des usagers par niveau de mobilité	8
Tableau 11	Distribution des usagers par niveau d'orientation	9
Tableau 12	Distribution des usagers par niveau de déficience cognitive	10
Tableau 13	Distribution des usagers par niveau de déficience affective	11
Tableau 14	Distribution des usagers par niveau de déficience du comportement	12
Tableau 15	Distribution des usagers par trouble de comportement	13
Tableau 16	Distribution des usagers par classe d'heures-soins nettes en pourcentage	14
Tableau 17	Distribution des usagers selon les heures-soins nettes à l'admission selon CTMSP	15
Tableau 18	Alourdissement de la clientèle	15
Tableau 19	Utilisation des services de réadaptation	16
Tableau 20	Évolution de la clientèle	16
Tableau 21	Proportion de la clientèle avec capacité nulle	17
Tableau 22	Évolution des soins infirmiers requis	17
Tableau 23	Heures-soins nettes requises	19
Tableau 24	Heures travaillées en soins infirmiers et en soins d'assistance	19
Tableau 25	Ressources nettes requises	20
Tableau 26	Heures travaillées par centre d'activités	21
Tableau 27	Postes équivalents temps plein par centre d'activités	22
Tableau 28	Nombre de places en hébergement permanent	35
Tableau 29	Nombre de places en ressources intermédiaires	36
Tableau 30	Nombre de places en résidences d'accueil	36
Tableau 31	Évolution des places en CHSLD	37
Tableau 32	Évolution démographique (1996-2001)	37
Tableau 33	Évolution des taux d'hébergement	38
Tableau 34	Taux d'hébergement provincial	38
Tableau 35	Évolution démographique (2001-2006)	39
Tableau 36	Écarts en terme de nombre de places (2001)	39
Tableau 37	Écarts en terme de nombre de places (2006)	40
Tableau 38	Situation visée	41
Tableau 39	Plan d'action	42

1. CONTEXTE

Plusieurs éléments de contexte entraînent le besoin d'une révision de la programmation des services en hébergement permanent.

- Le **vieillissement de la population** devrait entraîner un besoin grandissant de services d'hébergement permanent, et ce, en dépit des efforts déployés pour maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible.

- Le **développement des services ambulatoires** a entre autres pour effet d'amener les CHSLD, soit à traiter leurs usagers malades sur place au lieu de les faire admettre en centre hospitalier, soit à les réadmettre plus rapidement après une phase d'hospitalisation.

- La clientèle admise en hébergement permanent s'alourdit progressivement, tant à l'admission qu'en cours d'hébergement, ce qui nécessite un **ajustement constant des ressources aux besoins**.

- La **diversification de la clientèle** admise en CHSLD au cours des dernières années nécessite de développer des programmations spécifiques à ces diverses clientèles :

  - on retrouve de plus en plus de clients avec des problèmes importants aux niveaux **physique, cognitif et des comportements;**

  - la clientèle des **adultes de moins de 65 ans** est une réalité de plus en plus présente dans plusieurs établissements;

  - certaines **clientèles particulières** sont hébergées en CHSLD telles des personnes ayant une déficience intellectuelle, un problème de santé mentale, un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, des sidéens, des personnes ayant des besoins de soins spécialisés (ex. : dialyse rénale);

  - la **clientèle en phase préterminale ou terminale** se retrouve de plus en plus en milieu d'hébergement.

Le présent document comprend la définition du programme d'hébergement permanent, son objectif, ses clientèles-cibles, le processus d'intervention, les programmes spécifiques à certaines clientèles et la question de l'accessibilité à l'hébergement permanent.

La programmation en hébergement permanent présente une vision souhaitable des milieux d'hébergement qui ne peut être réalisée sans l'apport de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes.

2. DÉFINITION

L'hébergement permanent consiste à offrir un milieu de vie substitut, de façon permanente, à une personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie qui ne peut plus demeurer dans son milieu de vie naturel, malgré le support de son entourage, et qui nécessite entre autres des soins infirmiers et d'assistance à long terme.

Ce milieu de vie substitut assure à la personne hébergée sa protection, son épanouissement, le maintien de sa santé et de ses contacts sociaux et affectifs.

Le milieu de vie substitut peut être un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), une ressource intermédiaire ou une résidence d'accueil (ressource de type familial).

Le présent document vise spécifiquement l'hébergement permanent en CHSLD. L'hébergement permanent en ressource intermédiaire et en ressource de type familial fait l'objet de cadres de référence spécifiques.

3. OBJECTIFS

L'objectif du programme d'hébergement permanent en CHSLD consiste à offrir un milieu de vie de qualité à la clientèle hébergée et à répondre le mieux possible à ses besoins grâce à des services personnalisés, adaptés et continus, conformément à sa mission.

La mission du CHSLD est définie dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 83). Elle consiste à « *offrir de façon permanente... un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage* ».

4. CLIENTÈLES-CIBLES

L'hébergement permanent en CHSLD vise les clientèles suivantes :

- les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont en lourde perte d'autonomie sur une base permanente;
- les personnes âgées de moins de 65 ans avec un profil gériatrique.

En vertu des critères d'admission, ces clientèles correspondent aux programmes 17 à 37 selon la classification du système CTMSP.

Selon le Précis pratique de gériatrie de Arcand-Hébert (édition 1997, page 809), les caractéristiques du client gériatrique et les conséquences de son état sont résumées au tableau suivant.

TABLEAU 1
CARACTÉRISTIQUES DU CLIENT GÉRIATRIQUE

CARACTÉRISTIQUES	CONSÉQUENCES
Présence de stigmates du vieillissement	• Fragilité • Difficulté à distinguer le normal du pathologique • Récupération plus lente • Toxicité accrue des médicaments
Présentation atypique ou non spécifique des maladies	• Difficulté à diagnostiquer les maladies
Symptômes non rapportés par le client âgé	• Retard à diagnostiquer les maladies
Maladies multiples et présence concomitante des grands syndromes gériatriques (incontinence, chute, dépression, etc.)	• Intrication des symptômes • Vulnérabilité accrue • Polymédication • Nécessité d'établir des priorités
Difficultés de communication associées en particulier à la surdité ou à la démence	• Collecte de données plus longue et laborieuse
Précarité psychosociale	• Influence déterminante des facteurs psychosociaux sur la maladie et le traitement • Difficultés d'adaptation aux pertes associées au vieillissement • Nécessité de l'approche globale

À ce tableau, on peut ajouter une autre **caractéristique** du client gériatrique, soit un état fonctionnel précaire ou détérioré (AVD, AVQ) qui compromet le maintien dans le milieu d'origine et la qualité de vie.

En vertu des critères d'admission, ces clientèles correspondent aux programmes 17 à 37 selon la classification du système CTMSP.

Selon le Précis pratique de gériatrie de Arcand-Hébert (édition 1997, page 809), les caractéristiques du client gériatrique et les conséquences de son état sont résumées au tableau suivant.

TABLEAU 1
CARACTÉRISTIQUES DU CLIENT GÉRIATRIQUE

CARACTÉRISTIQUES	CONSÉQUENCES
Présence de stigmates du vieillissement	• Fragilité • Difficulté à distinguer le normal du pathologique • Récupération plus lente • Toxicité accrue des médicaments
Présentation atypique ou non spécifique des maladies	• Difficulté à diagnostiquer les maladies
Symptômes non rapportés par le client âgé	• Retard à diagnostiquer les maladies
Maladies multiples et présence concomitante des grands syndromes gériatriques (incontinence, chute, dépression, etc.)	• Intrication des symptômes • Vulnérabilité accrue • Polymédication • Nécessité d'établir des priorités
Difficultés de communication associées en particulier à la surdité ou à la démence	• Collecte de données plus longue et laborieuse
Précarité psychosociale	• Influence déterminante des facteurs psychosociaux sur la maladie et le traitement • Difficultés d'adaptation aux pertes associées au vieillissement • Nécessité de l'approche globale

À ce tableau, on peut ajouter une autre **caractéristique** du client gériatrique, soit un état fonctionnel précaire ou détérioré (AVD, AVQ) qui compromet le maintien dans le milieu d'origine et la qualité de vie.

- Profil des clientèles hébergées selon l'évaluation PLAISIR

Les tableaux suivants sur la clientèle hébergée en CHSLD sont tirés des extrants de l'évaluation PLAISIR de février 1999. Les modèles codés indiqués entre parenthèses avant chacun des tableaux suivants, correspondent à la codification propre au système PLAISIR.

Le tableau suivant illustre la distribution des usagers selon l'âge ainsi que l'âge moyen par installation (modèle N1).

TABLEAU 2
DISTRIBUTION DES USAGERS SELON L'ÂGE

INSTALLATION	-30	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95 +	Total	ÂGE MOYEN
Résidence Lachute	0	0	0	0	4	11	28	7	50	87,4
Villa du Vieux-Sapin	0	1	1	0	1	15	15	1	34	82,9
St-Benoît	1	0	1	1	6	30	31	5	75	82,8
Résidence St-Jovite	0	1	0	5	3	25	27	7	68	82,8
Foyer Ste-Agathe	0	0	1	3	7	19	21	3	54	82,7
Manoir Grand-Moulin	0	0	2	4	9	17	27	4	63	82,4
CH d'Argenteuil	0	1	1	8	14	52	38	7	121	81,3
CHSLD Ste-Anne	0	0	3	3	9	34	26	3	78	81,3
Auberge St-Jérôme	0	0	3	4	12	31	30	5	85	81,2
Résidence Labelle	0	1	0	4	6	12	21	1	45	81
Jaclo	0	0	0	3	2	15	10	1	31	80,3
Manoir Pointe-Bleue	0	1	5	2	10	38	31	3	90	80,1
Grignon	0	2	0	2	12	12	17	4	49	79,6
Foyer Soleil	0	0	0	4	10	25	12	2	53	79,4
Manoir St-Eustache	0	1	3	1	23	34	13	4	79	78,1
Rolland	2	1	3	4	13	25	24	4	76	77,9
Drapeau Deschambault	1	17	15	23	57	112	113	10	348	77,3
Youville	1	3	7	17	12	48	36	7	131	76,9
Deux-Montagnes	0	1	2	4	8	7	7	3	32	75,9
CH-CR Antoine-Labelle	0	2	7	10	24	34	15	4	96	74,7
Total	5	32	54	102	242	596	542	85	1 658	80,3

TABLEAU 3
RÉPARTITION DES USAGERS PAR GROUPE D'ÂGES EN POURCENTAGE

INSTALLATION	-30	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95 +	TOTAL
Résidence Lachute	0 %	0 %	0 %	0 %	8 %	22 %	56 %	14 %	100 %
Villa du Vieux Sapin	0 %	3 %	3 %	0 %	3 %	44 %	44 %	3 %	100 %
St-Benoît	1 %	0 %	1 %	1 %	8 %	40 %	41 %	7 %	100 %
Résidence St-Jovite	0 %	1 %	0 %	7 %	4 %	37 %	40 %	10 %	100 %
Foyer Ste-Agathe	0 %	0 %	2 %	6 %	13 %	35 %	39 %	6 %	100 %
Manoir Grand-Moulin	0 %	0 %	3 %	6 %	14 %	27 %	43 %	6 %	100 %
CH d'Argenteuil	0 %	1 %	1 %	7 %	12 %	43 %	31 %	6 %	100 %
CHSLD Ste-Anne	0 %	0 %	4 %	4 %	12 %	44 %	33 %	4 %	100 %
Auberge St-Jérôme	0 %	0 %	4 %	5 %	14 %	36 %	35 %	6 %	100 %
Résidence Labelle	0 %	2 %	0 %	9 %	13 %	27 %	47 %	2 %	100 %
Jaclo	0 %	0 %	0 %	10 %	6 %	48 %	32 %	3 %	100 %
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	0 %	1 %	6 %	2 %	11 %	42 %	34 %	3 %	100 %
Grignon	0 %	4 %	0 %	4 %	24 %	24 %	35 %	8 %	100 %
Foyer Soleil	0 %	0 %	0 %	8 %	19 %	47 %	23 %	4 %	100 %
Manoir St-Eustache	0 %	1 %	4 %	1 %	29 %	43 %	16 %	5 %	100 %
Rolland	3 %	1 %	4 %	5 %	17 %	33 %	32 %	5 %	100 %
Drapeau Deschambault	0 %	5 %	4 %	7 %	16 %	32 %	32 %	3 %	100 %
Youville	1 %	2 %	5 %	13 %	9 %	37 %	27 %	5 %	100 %
Deux-Montagnes	0 %	3 %	6 %	13 %	25 %	22 %	22 %	9 %	100 %
CH-CR Antoine-Labelle	0 %	2 %	7 %	10 %	25 %	35 %	16 %	4 %	100 %
Total	0 %	2 %	3 %	6 %	15 %	36 %	33 %	5 %	100 %

Une bonne proportion des clientèles hébergées en CHSLD présentent des niveaux importants de **limitations** sur les plans de la mobilité, de l'indépendance au niveau des activités de vie quotidienne (AVQ), du vécu occupationnel, de l'intégration sociale et de l'orientation (modèle CE1).

TABLEAU 4
RÉPARTITION DES NIVEAUX DE LIMITATION

NIVEAU DE LIMITATION	ADÉQUAT	LIMITÉ	TRÈS LIMITÉ	NUL
Mobilité	0 %	5 %	37 %	58 %
Indépendance AVQ	0 %	0 %	4 %	96 %
Vécu occupationnel	5 %	11 %	43 %	41 %
Intégration sociale	0 %	15 %	30 %	55 %
Orientation	3 %	34 %	29 %	33 %

- *Profil des clientèles hébergées selon l'évaluation PLAISIR*

Les tableaux suivants sur la clientèle hébergée en CHSLD sont tirés des extrants de l'évaluation PLAISIR de février 1999. Les modèles codés indiqués entre parenthèses avant chacun des tableaux suivants, correspondent à la codification propre au système PLAISIR.

Le tableau suivant illustre la distribution des usagers selon l'âge ainsi que l'âge moyen par installation (modèle N1).

TABLEAU 2
DISTRIBUTION DES USAGERS SELON L'ÂGE

INSTALLATION	-30	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95 +	Total	ÂGE MOYEN
Résidence Lachute	0	0	0	0	4	11	28	7	50	87,4
Villa du Vieux-Sapin	0	1	1	0	1	15	15	1	34	82,9
St-Benoît	1	0	1	1	6	30	31	5	75	82,8
Résidence St-Jovite	0	1	0	5	3	25	27	7	68	82,8
Foyer Ste-Agathe	0	0	1	3	7	19	21	3	54	82,7
Manoir Grand-Moulin	0	0	2	4	9	17	27	4	63	82,4
CH d'Argenteuil	0	1	1	8	14	52	38	7	121	81,3
CHSLD Ste-Anne	0	0	3	3	9	34	26	3	78	81,3
Auberge St-Jérôme	0	0	3	4	12	31	30	5	85	81,2
Résidence Labelle	0	1	0	4	6	12	21	1	45	81
Jaclo	0	0	0	3	2	15	10	1	31	80,3
Manoir Pointe-Bleue	0	1	5	2	10	38	31	3	90	80,1
Grignon	0	2	0	2	12	12	17	4	49	79,6
Foyer Soleil	0	0	0	4	10	25	12	2	53	79,4
Manoir St-Eustache	0	1	3	1	23	34	13	4	79	78,1
Rolland	2	1	3	4	13	25	24	4	76	77,9
Drapeau Deschambault	1	17	15	23	57	112	113	10	348	77,3
Youville	1	3	7	17	12	48	36	7	131	76,9
Deux-Montagnes	0	1	2	4	8	7	7	3	32	75,9
CH-CR Antoine-Labelle	0	2	7	10	24	34	15	4	96	74,7
Total	5	32	54	102	242	596	542	85	1 658	80,3

TABLEAU 3
RÉPARTITION DES USAGERS PAR GROUPE D'ÂGES EN POURCENTAGE

INSTALLATION	-30	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95 +	TOTAL
Résidence Lachute	0 %	0 %	0 %	0 %	8 %	22 %	56 %	14 %	100 %
Villa du Vieux Sapin	0 %	3 %	3 %	0 %	3 %	44 %	44 %	3 %	100 %
St-Benoît	1 %	0 %	1 %	1 %	8 %	40 %	41 %	7 %	100 %
Résidence St-Jovite	0 %	1 %	0 %	7 %	4 %	37 %	40 %	10 %	100 %
Foyer Ste-Agathe	0 %	0 %	2 %	6 %	13 %	35 %	39 %	6 %	100 %
Manoir Grand-Moulin	0 %	0 %	3 %	6 %	14 %	27 %	43 %	6 %	100 %
CH d'Argenteuil	0 %	1 %	1 %	7 %	12 %	43 %	31 %	6 %	100 %
CHSLD Ste-Anne	0 %	0 %	4 %	4 %	12 %	44 %	33 %	4 %	100 %
Auberge St-Jérôme	0 %	0 %	4 %	5 %	14 %	36 %	35 %	6 %	100 %
Résidence Labelle	0 %	2 %	0 %	9 %	13 %	27 %	47 %	2 %	100 %
Jaclo	0 %	0 %	0 %	10 %	6 %	48 %	32 %	3 %	100 %
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	0 %	1 %	6 %	2 %	11 %	42 %	34 %	3 %	100 %
Grignon	0 %	4 %	0 %	4 %	24 %	24 %	35 %	8 %	100 %
Foyer Soleil	0 %	0 %	0 %	8 %	19 %	47 %	23 %	4 %	100 %
Manoir St-Eustache	0 %	1 %	4 %	1 %	29 %	43 %	16 %	5 %	100 %
Rolland	3 %	1 %	4 %	5 %	17 %	33 %	32 %	5 %	100 %
Drapeau Deschambault	0 %	5 %	4 %	7 %	16 %	32 %	32 %	3 %	100 %
Youville	1 %	2 %	5 %	13 %	9 %	37 %	27 %	5 %	100 %
Deux-Montagnes	0 %	3 %	6 %	13 %	25 %	22 %	22 %	9 %	100 %
CH-CR Antoine-Labelle	0 %	2 %	7 %	10 %	25 %	35 %	16 %	4 %	100 %
Total	0 %	2 %	3 %	6 %	15 %	36 %	33 %	5 %	100 %

Une bonne proportion des clientèles hébergées en CHSLD présentent des niveaux importants de **limitations** sur les plans de la mobilité, de l'indépendance au niveau des activités de vie quotidienne (AVQ), du vécu occupationnel, de l'intégration sociale et de l'orientation (modèle CE1).

TABLEAU 4
RÉPARTITION DES NIVEAUX DE LIMITATION

NIVEAU DE LIMITATION	ADÉQUAT	LIMITÉ	TRÈS LIMITÉ	NUL
Mobilité	0 %	5 %	37 %	58 %
Indépendance AVQ	0 %	0 %	4 %	96 %
Vécu occupationnel	5 %	11 %	43 %	41 %
Intégration sociale	0 %	15 %	30 %	55 %
Orientation	3 %	34 %	29 %	33 %

Une bonne proportion des clientèles hébergées en CHSLD présentent des **niveaux de déficience** importants sur les plans cognitif, affectif, du comportement, du langage, de la vue et de l'ouïe (modèle CE2) :

TABLEAU 5

RÉPARTITION DES NIVEAUX DE DÉFICIENCE

NIVEAU DE LIMITATION	NON DÉFICIENT	DÉFICIENT	TOTALEMENT DÉFICIENT
Cognitif	16 %	39 %	46 %
Affectif	15 %	49 %	37 %
Comportement	9 %	62 %	29 %
Langage	42 %	36 %	22 %
Vue	42 %	52 %	6 %
Ouïe	50 %	46 %	4 %

Une proportion significative des personnes hébergées en CHSLD présente des **problèmes de mobilité physique**. La distribution des bénéficiaires selon le type de compensation s'établit ainsi (modèle CE6) :

TABLEAU 6

RÉPARTITION DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ PHYSIQUE

TYPE DE COMPENSATION	%	TYPE DE COMPENSATION	%
Aucune diminution	8 %	Marchette	18 %
Diminution sans compensation	7 %	Rampe	7 %
Fauteuil roulant avec aide	37 %	Fauteuil roulant motorisé	5 %
Levier	31 %	Canne	4 %
Fauteuil gériatrique	27 %	Orthèse	4 %
Fauteuil roulant autonome	20 %	Quadripode, tripode	1 %

Une proportion significative des adultes hébergés en CHSLD présentent des **problèmes psychologiques** importants (modèle CE3) :

TABLEAU 7

RÉPARTITION DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES

PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE	%	PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE	%
Aucun problème	26 %	Retrait	13 %
Anxiété persistante	27 %	Errance	10 %
Agressivité verbale	23 %	Manifeste du chagrin	10 %
Agitation	20 %	Réveil prématuré/mauvaise humeur	4 %
Tristesse	18 %	Pense à la mort	4 %
Dérange les autres	17 %	Hypersomnie	3 %
Agressivité physique	15 %	Idées suicidaires	1 %

TABLEAU 8

DISTRIBUTION DES BÉNÉFICIAIRES SELON LE NIVEAU DE DÉFICIT COGNITIF

(MODÈLE CE4)

NIVEAU DE DÉFICIT COGNITIF	NOMBRE	%
Aucun problème	213	14 %
Déficit cognitif léger	268	18 %
Déficit cognitif modéré	465	31 %
Déficit cognitif sévère actif	249	17 %
Déficit cognitif sévère passif	310	21 %

TABLEAU 9

DISTRIBUTION DES BÉNÉFICIAIRES SELON LE TYPE DE PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES

(MODÈLE CE4)

NIVEAU DE PROBLÈME PSYCHIATRIQUE	NOMBRE	%
Problème psychiatrique léger	83	5 %
Problème psychiatrique modéré	40	2 %
Problème psychiatrique sévère	0	0 %

Une bonne proportion des clientèles hébergées en CHSLD présentent des **niveaux de déficience** importants sur les plans cognitif, affectif, du comportement, du langage, de la vue et de l'ouïe (modèle CE2) :

TABLEAU 5

RÉPARTITION DES NIVEAUX DE DÉFICIENCE

NIVEAU DE LIMITATION	NON DÉFICIENT	DÉFICIENT	TOTALEMENT DÉFICIENT
Cognitif	16 %	39 %	46 %
Affectif	15 %	49 %	37 %
Comportement	9 %	62 %	29 %
Langage	42 %	36 %	22 %
Vue	42 %	52 %	6 %
Ouïe	50 %	46 %	4 %

Une proportion significative des personnes hébergées en CHSLD présente des **problèmes de mobilité physique**. La distribution des bénéficiaires selon le type de compensation s'établit ainsi (modèle CE6) :

TABLEAU 6

RÉPARTITION DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ PHYSIQUE

TYPE DE COMPENSATION	%	TYPE DE COMPENSATION	%
Aucune diminution	8 %	Marchette	18 %
Diminution sans compensation	7 %	Rampe	7 %
Fauteuil roulant avec aide	37 %	Fauteuil roulant motorisé	5 %
Levier	31 %	Canne	4 %
Fauteuil gériatrique	27 %	Orthèse	4 %
Fauteuil roulant autonome	20 %	Quadripode, tripode	1 %

Une proportion significative des adultes hébergés en CHSLD présentent des **problèmes psychologiques** importants (modèle CE3) :

TABLEAU 7

RÉPARTITION DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES

PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE	%	PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE	%
Aucun problème	26 %	Retrait	13 %
Anxiété persistante	27 %	Errance	10 %
Agressivité verbale	23 %	Manifeste du chagrin	10 %
Agitation	20 %	Réveil prématuré/mauvaise humeur	4 %
Tristesse	18 %	Pense à la mort	4 %
Dérange les autres	17 %	Hypersomnie	3 %
Agressivité physique	15 %	Idées suicidaires	1 %

TABLEAU 8
DISTRIBUTION DES BÉNÉFICIAIRES SELON LE NIVEAU DE DÉFICIT COGNITIF
(MODÈLE CE4)

NIVEAU DE DÉFICIT COGNITIF	NOMBRE	%
Aucun problème	213	14 %
Déficit cognitif léger	268	18 %
Déficit cognitif modéré	465	31 %
Déficit cognitif sévère actif	249	17 %
Déficit cognitif sévère passif	310	21 %

TABLEAU 9
DISTRIBUTION DES BÉNÉFICIAIRES SELON LE TYPE DE PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES
(MODÈLE CE4)

NIVEAU DE PROBLÈME PSYCHIATRIQUE	NOMBRE	%
Problème psychiatrique léger	83	5 %
Problème psychiatrique modéré	40	2 %
Problème psychiatrique sévère	0	0 %

TABLEAU 10

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU DE MOBILITÉ (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU DE MOBILITÉ TRÈS LIMITÉ OU NULLE

INSTALLATION	% ADÉQUAT	% LIMITÉ	% TRÈS LIMITÉ OU NULLE	RANG
Foyer Soleil	0	0	100	1
Deux-Montagnes	0	0	100	1
CH d'Argenteuil	0	0	100	1
CH-CR Antoine-Labelle	0	0	100	1
Foyer Ste-Agathe	0	2	98	5
Pavillon Argenteuil	0	2	98	5
Rolland	1	3	97	7
Résidence Lachute	0	4	96	8
Grignon	0	4	96	8
St-Benoît	1	3	96	8
Auberge St-Jérôme	0	5	96	8
Vieux Sapin	0	6	95	12
Manoir St-Eustache	0	5	95	12
Drapeau Deschambault	0	6	94	14
Jaclo	0	6	93	15
Pointe Bleue	1	6	93	15
Youville	0	8	92	17
St-Jovite	0	10	90	18
Grand-Moulin	0	13	88	19
Ste-Anne	0	12	88	19
Labelle	0	11	88	19
Total	0	5	95	

TABLEAU 11

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU D'ORIENTATION (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU D'ORIENTATION TRÈS LIMITÉ OU NULLE

INSTALLATION	% ADÉQUAT	% LIMITÉ	% TRÈS LIMITÉ OU NULLE	RANG
CH d'Argenteuil	0	8	93	1
Vieux Sapin	0	9	91	2
Foyer Soleil	2	9	89	3
CH-CR Antoine-Labelle	1	13	86	4
Jaclo	0	16	84	5
St-Benoît	1	21	78	6
Grignon	0	31	69	7
Foyer Ste-Agathe	6	28	67	8
Résidence Lachute	6	29	65	9
Drapeau Deschambault	7	33	59	10
Deux-Montagnes	0	41	59	11
Rolland	1	41	58	12
Labelle	4	38	58	13
Pointe Bleue	3	38	58	14
Youville	3	41	56	15
St-Jovite	6	38	56	16
Auberge St-Jérôme	2	42	55	17
Manoir St-Eustache	1	48	51	18
Pavillon Argenteuil	0	54	46	19
Grand-Moulin	6	49	45	20
Ste-Anne	1	76	24	21
Total	3	34	62	

TABLEAU 10

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU DE MOBILITÉ (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU DE MOBILITÉ TRÈS LIMITÉ OU NULLE

INSTALLATION	% ADÉQUAT	% LIMITÉ	% TRÈS LIMITÉ OU NULLE	RANG
Foyer Soleil	0	0	100	1
Deux-Montagnes	0	0	100	1
CH d'Argenteuil	0	0	100	1
CH-CR Antoine-Labelle	0	0	100	1
Foyer Ste-Agathe	0	2	98	5
Pavillon Argenteuil	0	2	98	5
Rolland	1	3	97	7
Résidence Lachute	0	4	96	8
Grignon	0	4	96	8
St-Benoît	1	3	96	8
Auberge St-Jérôme	0	5	96	8
Vieux Sapin	0	6	95	12
Manoir St-Eustache	0	5	95	12
Drapeau Deschambault	0	6	94	14
Jaclo	0	6	93	15
Pointe Bleue	1	6	93	15
Youville	0	8	92	17
St-Jovite	0	10	90	18
Grand-Moulin	0	13	88	19
Ste-Anne	0	12	88	19
Labelle	0	11	88	19
Total	0	5	95	

TABLEAU 11

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU D'ORIENTATION (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU D'ORIENTATION TRÈS LIMITÉ OU NULLE

INSTALLATION	% ADÉQUAT	% LIMITÉ	% TRÈS LIMITÉ OU NULLE	RANG
CH d'Argenteuil	0	8	93	1
Vieux Sapin	0	9	91	2
Foyer Soleil	2	9	89	3
CH-CR Antoine-Labelle	1	13	86	4
Jaclo	0	16	84	5
St-Benoît	1	21	78	6
Grignon	0	31	69	7
Foyer Ste-Agathe	6	28	67	8
Résidence Lachute	6	29	65	9
Drapeau Deschambault	7	33	59	10
Deux-Montagnes	0	41	59	11
Rolland	1	41	58	12
Labelle	4	38	58	13
Pointe Bleue	3	38	58	14
Youville	3	41	56	15
St-Jovite	6	38	56	16
Auberge St-Jérôme	2	42	55	17
Manoir St-Eustache	1	48	51	18
Pavillon Argenteuil	0	54	46	19
Grand-Moulin	6	49	45	20
Ste-Anne	1	76	24	21
Total	3	34	62	

TABLEAU 12

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU DE DÉFICIENCE COGNITIVE (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU COGNITIF TOTALEMENT DÉFICIENT

INSTALLATION	% NON DÉFICIENT	% DÉFICIENT	% TOTALEMENT DÉFICIENT	RANG
Vieux Sapin	0	18	82	1
Foyer Soleil	4	22	74	2
Jaclo	0	26	74	3
CH-CR Antoine-Labelle	3	26	71	4
CH d'Argenteuil	3	33	65	5
St-Benoît	5	33	61	6
Grignon	10	33	57	7
Rolland	16	32	52	8
Résidence Lachute	12	41	47	9
Auberge St-Jérôme	11	42	47	10
Youville	25	30	46	11
Pointe-Bleue	19	38	43	12
Labelle	18	42	40	13
Drapeau Deschambault	17	47	36	14
Deux-Montagnes	22	44	34	15
St-Jovite	22	44	34	16
Foyer Ste-Agathe	13	54	33	17
Grand-Moulin	22	44	33	18
Pavillon Argenteuil	15	52	33	19
Manoir St-Eustache	29	41	30	20
Ste-Anne	41	35	24	21
Total	16	39	46	

TABLEAU 13

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU DE DÉFICIENCE AFFECTIVE (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU AFFECTIF TOTALEMENT DÉFICIENT

INSTALLATION	% NON DÉFICIENT	% DÉFICIENT	% TOTALEMENT DÉFICIENT	RANG
Jaclo	0	32	68	1
CH-CR Antoine-Labelle	4	29	67	2
Vieux Sapin	0	35	65	3
CH d'Argenteuil	3	35	63	4
Grignon	8	39	53	5
Foyer Soleil	7	41	52	6
St-Benoît	7	44	49	7
Rolland	14	43	43	8
Youville	17	44	39	9
Pavillon Argenteuil	15	48	37	10
Résidence Lachute	18	47	35	11
Deux-Montagnes	6	59	34	12
Foyer Ste-Agathe	13	54	33	13
Labelle	24	47	29	14
Ste-Anne	18	53	29	15
Pointe-Bleue	10	62	28	16
Drapeau Deschambault	22	50	28	17
St-Jovite	25	47	28	18
Auberge St-Jérôme	10	67	23	19
Manoir St-Eustache	19	58	23	20
Grand-Moulin	13	65	22	21
Total	15	49	37	

TABLEAU 12

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU DE DÉFICIENCE COGNITIVE (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU COGNITIF TOTALEMENT DÉFICIENT

INSTALLATION	% NON DÉFICIENT	% DÉFICIENT	% TOTALEMENT DÉFICIENT	RANG
Vieux Sapin	0	18	82	1
Foyer Soleil	4	22	74	2
Jaclo	0	26	74	3
CH-CR Antoine-Labelle	3	26	71	4
CH d'Argenteuil	3	33	65	5
St-Benoît	5	33	61	6
Grignon	10	33	57	7
Rolland	16	32	52	8
Résidence Lachute	12	41	47	9
Auberge St-Jérôme	11	42	47	10
Youville	25	30	46	11
Pointe-Bleue	19	38	43	12
Labelle	18	42	40	13
Drapeau Deschambault	17	47	36	14
Deux-Montagnes	22	44	34	15
St-Jovite	22	44	34	16
Foyer Ste-Agathe	13	54	33	17
Grand-Moulin	22	44	33	18
Pavillon Argenteuil	15	52	33	19
Manoir St-Eustache	29	41	30	20
Ste-Anne	41	35	24	21
Total	16	39	46	

TABLEAU 13

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU DE DÉFICIENCE AFFECTIVE (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU AFFECTIF TOTALEMENT DÉFICIENT

INSTALLATION	% NON DÉFICIENT	% DÉFICIENT	% TOTALEMENT DÉFICIENT	RANG
Jaclo	0	32	68	1
CH-CR Antoine-Labelle	4	29	67	2
Vieux Sapin	0	35	65	3
CH d'Argenteuil	3	35	63	4
Grignon	8	39	53	5
Foyer Soleil	7	41	52	6
St-Benoît	7	44	49	7
Rolland	14	43	43	8
Youville	17	44	39	9
Pavillon Argenteuil	15	48	37	10
Résidence Lachute	18	47	35	11
Deux-Montagnes	6	59	34	12
Foyer Ste-Agathe	13	54	33	13
Labelle	24	47	29	14
Ste-Anne	18	53	29	15
Pointe-Bleue	10	62	28	16
Drapeau Deschambault	22	50	28	17
St-Jovite	25	47	28	18
Auberge St-Jérôme	10	67	23	19
Manoir St-Eustache	19	58	23	20
Grand-Moulin	13	65	22	21
Total	15	49	37	

TABLEAU 14

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU DE DÉFICIENCE DU COMPORTEMENT (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU DU COMPORTEMENT TOTALEMENT DÉFICIENT

INSTALLATION	% NON DÉFICIENT	% DÉFICIENT	% TOTALEMENT DÉFICIENT	RANG
Jaclo	0	35	65	1
CH-CR Antoine-Labelle	3	34	63	2
CH d'Argenteuil	0	38	63	3
Vieux Sapin	0	47	53	4
Grignon	12	51	37	5
St-Benoît	5	59	36	6
Pavillon Argenteuil	2	62	36	7
Youville	10	57	33	8
Rolland	13	58	29	9
Foyer Ste-Agathe	11	61	28	10
Résidence Lachute	16	57	27	11
Pointe-Bleue	11	63	26	12
Drapeau Deschambault	14	63	23	13
St-Jovite	13	65	22	14
Labelle	0	80	20	15
Manoir St-Eustache	9	71	20	16
Foyer Soleil	4	78	19	17
Deux-Montagnes	6	81	13	18
Grand-Moulin	11	76	13	19
Ste-Anne	0	88	12	20
Auberge St-Jérôme	10	81	10	21
Total	9	62	29	

TABLEAU 15

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR TROUBLE DE COMPORTEMENT (EN %)

INSTALLATION	AGRESSIVITÉ PHYSIQUE	AGRESSIVITE VERBALE	DÉRANGE LES AUTRES	AGITATION	ERRANCE	MOYENNE	RANG SELON MOYENNE
CH d'Argenteuil	30	45	30	43	20	34	1
Jaclo	35	42	58	26	6	33	2
CH-CR Antoine-Labelle	26	35	34	35	15	29	3
Ste-Anne	18	47	29	18	6	24	4
Foyer Soleil	20	30	17	30	9	21	5
Vieux Sapin	15	24	29	26	9	21	6
St-Benoît	8	28	16	28	19	20	7
Drapeau Deschambault	15	26	16	24	7	18	8
Auberge St-Jérôme	16	23	20	11	18	18	9
Foyer Ste-Agathe	20	35	15	11	4	17	10
Résidence Lachute	24	29	4	16	10	17	11
Pointe-Bleue	14	13	19	20	14	16	12
Labelle	22	20	11	7	20	16	13
Manoir St-Eustache	8	22	16	24	8	16	14
Pavillon Argenteuil	19	17	9	20	10	15	15
Deux-Montagnes	9	19	25	9	6	14	16
Grignon	8	8	20	20	8	13	17
Rolland	23	11	5	14	6	12	18
St-Jovite	12	22	9	3	9	11	19
Grand-Moulin	3	13	14	11	2	9	20
Youville	6	10	6	9	4	7	21
Total	15	23	17	20	10	17	

Les deux tableaux suivants indiquent pour chaque installation selon les données de l'évaluation PLAISIR et de l'évaluation CTMSP :

- la distribution des usagers par classe d'heures-soins nettes;
- la moyenne des heures-soins nettes;
- la moyenne des heures-soins travaillées.

TABLEAU 14

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR NIVEAU DE DÉFICIENCE DU COMPORTEMENT (EN %)

RANGEMENT DES INSTALLATIONS SELON LE NIVEAU DU COMPORTEMENT TOTALEMENT DÉFICIENT

INSTALLATION	% NON DÉFICIENT	% DÉFICIENT	% TOTALEMENT DÉFICIENT	RANG
Jaclo	0	35	65	1
CH-CR Antoine-Labelle	3	34	63	2
CH d'Argenteuil	0	38	63	3
Vieux Sapin	0	47	53	4
Grignon	12	51	37	5
St-Benoît	5	59	36	6
Pavillon Argenteuil	2	62	36	7
Youville	10	57	33	8
Rolland	13	58	29	9
Foyer Ste-Agathe	11	61	28	10
Résidence Lachute	16	57	27	11
Pointe-Bleue	11	63	26	12
Drapeau Deschambault	14	63	23	13
St-Jovite	13	65	22	14
Labelle	0	80	20	15
Manoir St-Eustache	9	71	20	16
Foyer Soleil	4	78	19	17
Deux-Montagnes	6	81	13	18
Grand-Moulin	11	76	13	19
Ste-Anne	0	88	12	20
Auberge St-Jérôme	10	81	10	21
Total	9	62	29	

TABLEAU 15

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR TROUBLE DE COMPORTEMENT (EN %)

INSTALLATION	AGRESSIVITÉ PHYSIQUE	AGRESSIVITE VERBALE	DÉRANGE LES AUTRES	AGITATION	ERRANCE	MOYENNE	RANG SELON MOYENNE
CH d'Argenteuil	30	45	30	43	20	34	1
Jaclo	35	42	58	26	6	33	2
CH-CR Antoine-Labelle	26	35	34	35	15	29	3
Ste-Anne	18	47	29	18	6	24	4
Foyer Soleil	20	30	17	30	9	21	5
Vieux Sapin	15	24	29	26	9	21	6
St-Benoît	8	28	16	28	19	20	7
Drapeau Deschambault	15	26	16	24	7	18	8
Auberge St-Jérôme	16	23	20	11	18	18	9
Foyer Ste-Agathe	20	35	15	11	4	17	10
Résidence Lachute	24	29	4	16	10	17	11
Pointe-Bleue	14	13	19	20	14	16	12
Labelle	22	20	11	7	20	16	13
Manoir St-Eustache	8	22	16	24	8	16	14
Pavillon Argenteuil	19	17	9	20	10	15	15
Deux-Montagnes	9	19	25	9	6	14	16
Grignon	8	8	20	20	8	13	17
Rolland	23	11	5	14	6	12	18
St-Jovite	12	22	9	3	9	11	19
Grand-Moulin	3	13	14	11	2	9	20
Youville	6	10	6	9	4	7	21
Total	15	23	17	20	10	17	

Les deux tableaux suivants indiquent pour chaque installation selon les données de l'évaluation PLAISIR et de l'évaluation CTMSP :

- la distribution des usagers par classe d'heures-soins nettes;
- la moyenne des heures-soins nettes;
- la moyenne des heures-soins travaillées.

TABLEAU 16

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR CLASSE D'HEURES-SOINS NETTES EN POURCENTAGE

(Source : Extrants Plaisir février 1999)

INSTALLATION	1 0-35 min	2 35 m/ 1 h 20	3 1 h 20/ 2 h 05	4 2 h 05/ 2 h 50	5 2 h 50/ 3 h 35	6 3 h 35/ 4 h 20	7-8 4 h 20 +	MOYENNE HSN	MOYENNE HST	NOMBRE D'USAGERS
CH d'Argenteuil	0	0	0	3	10	48	40	4,2	5	40
Jaclo	0	0	3	6	19	32	39	4	4,7	31
Youville	0	2	4	7	26	37	24	3,8	4,5	134
Villa du Vieux Sapin	0	0	3	9	24	32	32	3,8	4,5	34
Foyer Soleil	0	0	2	7	20	41	30	3,8	4,5	54
Drapeau Deschambault	0	7	10	9	18	26	30	3,5	4,2	347
CHSLD Ste-Anne	0	0	6	12	29	29	24	3,5	4,2	60
Deux-Montagnes	0	0	3	6	34	53	3	3,5	4,2	32
CH-CR Antoine-Labelle	0	2	6	14	25	34	19	3,4	4,1	97
Rolland	0	3	8	18	32	30	10	3,3	4	79
Manoir St-Eustache	0	1	11	14	27	28	19	3,3	4	79
St-Benoît	1	4	9	13	17	37	17	3,3	4	75
Grignon	0	10	10	4	31	39	6	3,2	3,9	49
Résidence Lachute	0	10	8	14	24	20	22	3,2	3,9	49
Pavillon Argenteuil	0	7	19	15	22	19	19	3,1	3,8	81
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	0	9	21	11	29	20	10	2,9	3,6	90
Grand-Moulin	0	16	10	13	27	29	6	2,9	3,6	63
Foyer Ste-Agathe	4	4	19	7	41	19	7	2,9	3,5	54
Auberge St-Jérôme	0	12	10	19	36	18	5	2,8	3,4	83
Résidence St-Jovite	0	22	7	16	29	21	4	2,7	3,3	68
Résidence Labelle	0	22	13	16	18	18	13	2,7	3,3	45
Total	0 %	7 %	10 %	11 %	25 %	28 %	19 %	3,3	4	1 644

TABLEAU 17

DISTRIBUTION DES USAGERS SELON LES HEURES-SOINS NETTES À L'ADMISSION SELON CTMSP

(Source : Profil de la clientèle hébergée, IMAGES, 10-2-99)

INSTALLATION	0 à 2 h-s	2 à 3 h-s	3 à 4 h-s	4 h-s et +	MOYENNE HSN	MOYENNE HST
Youville	5 %	3 %	16 %	76 %	3,2	3,9
Rolland	5 %	5 %	16 %	73 %	3,2	3,8
CH-CR Antoine-Labelle	7 %	17 %	16 %	59 %	3,2	3,8
CH d'Argenteuil	8 %	5 %	13 %	74 %	3,1	3,8
Deux-Montagnes	9 %	0 %	23 %	69 %	3,1	3,7
Jaclo	3 %	23 %	10 %	65 %	3,0	3,7
Ste-Anne	8 %	9 %	24 %	59 %	3,0	3,6
Grignon	10 %	10 %	17 %	63 %	2,9	3,5
Hubert-Maisonneuve	12 %	15 %	26 %	47 %	2,7	3,4
Drapeau Deschambault	23 %	12 %	18 %	47 %	2,6	3,2
Villa du Vieux Sapin	21 %	12 %	29 %	38 %	2,5	3,1
Foyer Soleil	16 %	18 %	25 %	40 %	2,5	3,0
Pavillon Argenteuil	23 %	23 %	11 %	43 %	2,3	2,9
Manoir St-Eustache	23 %	16 %	22 %	39 %	2,3	2,9
St-Benoît	23 %	19 %	25 %	33 %	2,3	2,9
Résidence Lachute	30 %	10 %	30 %	30 %	2,3	2,9
Manoir Grand-Moulin	27 %	20 %	10 %	43 %	2,3	2,8
Pays-d'en-Haut	21 %	20 %	31 %	28 %	2,3	2,8
Foyer Ste-Agathe	31 %	15 %	19 %	35 %	2,2	2,8
Résidence Labelle	39 %	5 %	20 %	36 %	2,2	2,7
Résidence St-Jovite	38 %	18 %	20 %	23 %	2,0	2,6
Auberge St-Jérôme	39 %	20 %	18 %	23 %	1,9	2,5

La clientèle hébergée en CHSLD s'alourdit d'année en année comme le démontre le tableau suivant :

TABLEAU 18

ALOURDISSEMENT DE LA CLIENTÈLE

DATE D'ÉVALUATION	MOYENNE D'HEURES-SOINS TRAVAILLÉES REQUISES	ÉCART EN %
Janvier 1995	3,53	
Juillet 1995	3,61	+ 2,3 %
Janvier 1996	3,66	+ 1,4 %
Août 1996	3,73	+ 1,9 %
Février 1997	3,86	+ 3,5 %
Septembre 1997	3,91	+ 1,3 %
Mars 1998	3,93	+ 0,5 %
Octobre 1998	3,99	+ 1,5 %
Février 1999	4,01	+ 0,5 %

TABLEAU 16

DISTRIBUTION DES USAGERS PAR CLASSE D'HEURES-SOINS NETTES EN POURCENTAGE

(Source : Extrants Plaisir février 1999)

INSTALLATION	1 0-35 min	2 35 m/ 1 h 20	3 1 h 20/ 2 h 05	4 2 h 05/ 2 h 50	5 2 h 50/ 3 h 35	6 3 h 35/ 4 h 20	7-8 4 h 20 +	MOYENNE HSN	MOYENNE HST	NOMBRE D'USAGERS
CH d'Argenteuil	0	0	0	3	10	48	40	4,2	5	40
Jaclo	0	0	3	6	19	32	39	4	4,7	31
Youville	0	2	4	7	26	37	24	3,8	4,5	134
Villa du Vieux Sapin	0	0	3	9	24	32	32	3,8	4,5	34
Foyer Soleil	0	0	2	7	20	41	30	3,8	4,5	54
Drapeau Deschambault	0	7	10	9	18	26	30	3,5	4,2	347
CHSLD Ste-Anne	0	0	6	12	29	29	24	3,5	4,2	60
Deux-Montagnes	0	0	3	6	34	53	3	3,5	4,2	32
CH-CR Antoine-Labelle	0	2	6	14	25	34	19	3,4	4,1	97
Rolland	0	3	8	18	32	30	10	3,3	4	79
Manoir St-Eustache	0	1	11	14	27	28	19	3,3	4	79
St-Benoît	1	4	9	13	17	37	17	3,3	4	75
Grignon	0	10	10	4	31	39	6	3,2	3,9	49
Résidence Lachute	0	10	8	14	24	20	22	3,2	3,9	49
Pavillon Argenteuil	0	7	19	15	22	19	19	3,1	3,8	81
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	0	9	21	11	29	20	10	2,9	3,6	90
Grand-Moulin	0	16	10	13	27	29	6	2,9	3,6	63
Foyer Ste-Agathe	4	4	19	7	41	19	7	2,9	3,5	54
Auberge St-Jérôme	0	12	10	19	36	18	5	2,8	3,4	83
Résidence St-Jovite	0	22	7	16	29	21	4	2,7	3,3	68
Résidence Labelle	0	22	13	16	18	18	13	2,7	3,3	45
Total	0 %	7 %	10 %	11 %	25 %	28 %	19 %	3,3	4	1 644

TABLEAU 17

DISTRIBUTION DES USAGERS SELON LES HEURES-SOINS NETTES À L'ADMISSION SELON CTMSP

(Source : Profil de la clientèle hébergée, IMAGES, 10-2-99)

INSTALLATION	0 à 2 h-s	2 à 3 h-s	3 à 4 h-s	4 h-s et +	MOYENNE HSN	MOYENNE HST
Youville	5 %	3 %	16 %	76 %	3,2	3,9
Rolland	5 %	5 %	16 %	73 %	3,2	3,8
CH-CR Antoine-Labelle	7 %	17 %	16 %	59 %	3,2	3,8
CH d'Argenteuil	8 %	5 %	13 %	74 %	3,1	3,8
Deux-Montagnes	9 %	0 %	23 %	69 %	3,1	3,7
Jaclo	3 %	23 %	10 %	65 %	3,0	3,7
Ste-Anne	8 %	9 %	24 %	59 %	3,0	3,6
Grignon	10 %	10 %	17 %	63 %	2,9	3,5
Hubert-Maisonneuve	12 %	15 %	26 %	47 %	2,7	3,4
Drapeau Deschambault	23 %	12 %	18 %	47 %	2,6	3,2
Villa du Vieux Sapin	21 %	12 %	29 %	38 %	2,5	3,1
Foyer Soleil	16 %	18 %	25 %	40 %	2,5	3,0
Pavillon Argenteuil	23 %	23 %	11 %	43 %	2,3	2,9
Manoir St-Eustache	23 %	16 %	22 %	39 %	2,3	2,9
St-Benoît	23 %	19 %	25 %	33 %	2,3	2,9
Résidence Lachute	30 %	10 %	30 %	30 %	2,3	2,9
Manoir Grand-Moulin	27 %	20 %	10 %	43 %	2,3	2,8
Pays-d'en-Haut	21 %	20 %	31 %	28 %	2,3	2,8
Foyer Ste-Agathe	31 %	15 %	19 %	35 %	2,2	2,8
Résidence Labelle	39 %	5 %	20 %	36 %	2,2	2,7
Résidence St-Jovite	38 %	18 %	20 %	23 %	2,0	2,6
Auberge St-Jérôme	39 %	20 %	18 %	23 %	1,9	2,5

La clientèle hébergée en CHSLD s'alourdit d'année en année comme le démontre le tableau suivant :

TABLEAU 18

ALOURDISSEMENT DE LA CLIENTÈLE

DATE D'ÉVALUATION	MOYENNE D'HEURES-SOINS TRAVAILLÉES REQUISES	ÉCART EN %
Janvier 1995	3,53	
Juillet 1995	3,61	+ 2,3 %
Janvier 1996	3,66	+ 1,4 %
Août 1996	3,73	+ 1,9 %
Février 1997	3,86	+ 3,5 %
Septembre 1997	3,91	+ 1,3 %
Mars 1998	3,93	+ 0,5 %
Octobre 1998	3,99	+ 1,5 %
Février 1999	4,01	+ 0,5 %

La clientèle bénéficiant de services de réadaptation en physiothérapie et ergothérapie se définit comme suit en termes de nombre et de pourcentage d'usagers et de nombre moyen de minutes-services réelles par semaine (modèle CS2) :

TABLEAU 19
UTILISATION DES SERVICES DE RÉADAPTATION

services de réadaptation	nombre d'usagers	% des usagers	minutes/semaine réelles
Physiothérapie	419	26 %	45
Ergothérapie	163	10 %	37

À la lecture de la fiche-synthèse des extrants PLAISIR (modèle CX1), on note l'évolution suivante au cours des quatre dernières années au niveau de l'ensemble de la clientèle hébergée en CHSLD.

Tableau 20
ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE

CARACTÉRISTIQUES	1996	1997	1998	1999
Nombre d'usagers	1 544	1 542	1 682	1 628
Âge moyen	80	80	80	80
Âge moyen à l'admission	75	75	76	76
Durée moyenne de séjour (en années)	4,5	4,4	4,0	3,8
Proportion de femmes/hommes	68/32	68/32	68/32	68/32

À partir de la fiche-synthèse précitée, on note l'évolution suivante au niveau du pourcentage de la clientèle hébergée qui présente des **capacités nulles** au niveau de la mobilité, des AVQ, du vécu occupationnel, de l'intégration sociale, de l'aspect cognitif, de l'aspect affectif et du comportement.

TABLEAU 21
PROPORTION DE LA CLIENTÈLE AVEC CAPACITÉ NULLE

PROPORTION DE LA CLIENTÈLE AVEC CAPACITÉ NULLE	1996	1997	1998	1999
Mobilité (niveau 4)	53 %	56 %	56 %	58 %
AVQ (niveau 4)	92 %	93 %	96 %	96 %
Vécu occupationnel (niveau 4)	44 %	46 %	42 %	41 %
Intégration sociale (niveau 4)	52 %	54 %	53 %	55 %
Aspect cognitif (niveau 3)	41 %	44 %	44 %	46 %
Aspect affectif (niveau 3)	36 %	38 %	37 %	37 %
Comportement (niveau 3)	30 %	30 %	29 %	29 %

À partir de la fiche-synthèse précitée, on note l'évolution suivante au niveau des soins infirmiers requis (heures-soins nettes/jour) et des services de réadaptation réellement dispensés (minutes/semaine).

TABLEAU 22
ÉVOLUTION DES SOINS INFIRMIERS REQUIS

TYPE DE SERVICES	1996	1997	1998	1999
Soins infirmiers requis (moyenne des heures-soins nettes / jour / usager)	3,1	3,2	3,3	3,3
Services de physiothérapie réels (moyenne des minutes de services / semaine / usager)	16	16	11	19
Services d'ergothérapie réels (moyenne des minutes de services / semaine / usager)	5	4	4	6

5. *PROCESSUS D'INTERVENTION*

5.1 *Critères d'admission*

Les CHSLD de la région ont adopté de nouveaux critères d'admission en 1996-1997 en fonction des programmes CTMSP. Tous les CHSLD admettent des clients orientés vers les programmes 17 à 37. Les clients moins lourds sont orientés vers les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

La clientèle bénéficiant de services de réadaptation en physiothérapie et ergothérapie se définit comme suit en termes de nombre et de pourcentage d'usagers et de nombre moyen de minutes-services réelles par semaine (modèle CS2) :

TABLEAU 19
UTILISATION DES SERVICES DE RÉADAPTATION

services de réadaptation	nombre d'usagers	% des usagers	minutes/semaine réelles
Physiothérapie	419	26 %	45
Ergothérapie	163	10 %	37

À la lecture de la fiche-synthèse des extrants PLAISIR (modèle CX1), on note l'évolution suivante au cours des quatre dernières années au niveau de l'ensemble de la clientèle hébergée en CHSLD.

Tableau 20
ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE

CARACTÉRISTIQUES	1996	1997	1998	1999
Nombre d'usagers	1 544	1 542	1 682	1 628
Âge moyen	80	80	80	80
Âge moyen à l'admission	75	75	76	76
Durée moyenne de séjour (en années)	4,5	4,4	4,0	3,8
Proportion de femmes/hommes	68/32	68/32	68/32	68/32

À partir de la fiche-synthèse précitée, on note l'évolution suivante au niveau du pourcentage de la clientèle hébergée qui présente des **capacités nulles** au niveau de la mobilité, des AVQ, du vécu occupationnel, de l'intégration sociale, de l'aspect cognitif, de l'aspect affectif et du comportement.

TABLEAU 21
PROPORTION DE LA CLIENTÈLE AVEC CAPACITÉ NULLE

PROPORTION DE LA CLIENTÈLE AVEC CAPACITÉ NULLE	1996	1997	1998	1999
Mobilité (niveau 4)	53 %	56 %	56 %	58 %
AVQ (niveau 4)	92 %	93 %	96 %	96 %
Vécu occupationnel (niveau 4)	44 %	46 %	42 %	41 %
Intégration sociale (niveau 4)	52 %	54 %	53 %	55 %
Aspect cognitif (niveau 3)	41 %	44 %	44 %	46 %
Aspect affectif (niveau 3)	36 %	38 %	37 %	37 %
Comportement (niveau 3)	30 %	30 %	29 %	29 %

À partir de la fiche-synthèse précitée, on note l'évolution suivante au niveau des soins infirmiers requis (heures-soins nettes/jour) et des services de réadaptation réellement dispensés (minutes/semaine).

TABLEAU 22
ÉVOLUTION DES SOINS INFIRMIERS REQUIS

TYPE DE SERVICES	1996	1997	1998	1999
Soins infirmiers requis (moyenne des heures-soins nettes / jour / usager)	3,1	3,2	3,3	3,3
Services de physiothérapie réels (moyenne des minutes de services / semaine / usager)	16	16	11	19
Services d'ergothérapie réels (moyenne des minutes de services / semaine / usager)	5	4	4	6

5. *PROCESSUS D'INTERVENTION*

5.1 *Critères d'admission*

Les CHSLD de la région ont adopté de nouveaux critères d'admission en 1996-1997 en fonction des programmes CTMSP. Tous les CHSLD admettent des clients orientés vers les programmes 17 à 37. Les clients moins lourds sont orientés vers les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

5.2 *Ajustement des ressources aux besoins de la clientèle*

- Soins infirmiers et soins d'assistance

Deux aspects sont considérés ici en lien avec les soins infirmiers et les soins d'assistance dispensés par les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires : le taux de réponse aux besoins en services cliniques et le ratio professionnel / non-professionnel.

- Taux de réponse aux besoins en services cliniques

Le taux de réponse aux besoins est l'indicateur retenu au niveau de la méthodologie des bases budgétaires des CHSLD pour déterminer les budgets d'alourdissement qui doivent être consentis à chaque établissement.

Le taux de réponse aux besoins retenu dans la région des Laurentides comme seuil minimal pour l'ensemble des CHLSD est de 70 % et devrait être rehaussé, si les ressources le permettent, vers un taux de 75 %.

Le taux de réponse aux besoins est le rapport entre la moyenne des heures-soins travaillées budgétisées et la moyenne des heures-soins requises selon l'évaluation PLAISiR (moyenne des deux dernières observations) au chapitre des soins infirmiers et d'assistance (c.a. 6060 et 6160).

L'évaluation PLAISIR est effectuée deux fois par année, en avril et en octobre, auprès des usagers nouvellement admis et des usagers dont la situation s'est modifiée sensiblement. Chacun des usagers est évalué au moins aux deux ans.

- Ratio professionnel / non-professionnel

La composante clinique comprend trois types d'intervenants : les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

La ratio professionnel / non-professionnel se définit par le rapport entre les heures travaillées de la composante clinique professionnelle (infirmières et infirmières auxiliaires) et ceux de la composante clinique non professionnelle (préposés aux bénéficiaires).

Il n'existe pas de normes concernant la répartition des ressources professionnelles et non-professionnelles en CHSLD.

On retrouve au tableau suivant les heures-soins nettes requises dans l'ensemble des CHSLD de la région selon les extrants de l'évaluation PLAISIR du 2 octobre 1998.

(Il est à noter que les soins infirmiers indirects tels l'élaboration de plans de soins et la surveillance de la médication sont sous-évalués par l'évaluation PLAISIR).

TABLEAU 23

HEURES-SOINS NETTES REQUISES

TYPE D'ACTIVITÉS	HEURES-SOINS NETTES REQUISES	POURCENTAGE
Soins de base	2,7	79 %
Communication relationnelle	0,4	12 %
Soins infirmiers	0,3	9 %
Total	3,4	100 %

Des travaux seront faits concernant la **détermination d'un ratio optimum** en raison des besoins de la clientèle hébergée en terme de soins infirmiers et de soins d'assistance : clients en lourde perte d'autonomie physique, clients en soins palliatifs, clients en phase aiguë d'une maladie qui ne sont pas hospitalisés ou qui sont retournés en CHSLD après une hospitalisation dans le cadre du virage ambulatoire.

Le tableau suivant indique les heures travaillées en soins infirmiers et en soins d'assistance et le ratio soins infirmiers / soins d'assistance par établissement selon le Rapport financier AS-471 pour l'année 1997-1998. Le **ratio observé** dans la région des Laurentides se situe **en moyenne à 40 % / 60 %** avec des variations importantes selon les établissements.

TABLEAU 24

HEURES TRAVAILLÉES EN SOINS INFIRMIERS ET EN SOINS D'ASSISTANCE

ÉTABLISSEMENT	SOINS INFIRMIERS	SOINS D'ASSISTANCE	TOTAL	% SOINS INFIRMIERS	% SOINS D'ASSISTANCE
CH d'Argenteuil	80 260	56 415	136 675	59 %	41 %
Trois Vallées	47 366	43 886	91 252	52 %	48 %
CH-CR Antoine-Labelle	69 901	68 031	137 932	51 %	49 %
CH Laurentien	73 125	78 112	151 237	48 %	52 %
Rivière du Nord	152 748	229 768	382 516	40 %	60 %
Ste-Anne	47 603	74 384	121 987	39 %	61 %
Drapeau Deschambault	164 688	277 839	442 527	37 %	63 %
Pays-d'en-Haut	37 273	66 719	103 992	36 %	64 %
Rive et Mirabel	91 619	169 543	261 162	35 %	65 %
Deux-Montagnes	14 984	30 547	45 531	33 %	67 %
Foyer Soleil	21 876	49 196	71 072	31 %	69 %
Villa Vieux Sapin	10 667	29 215	39 882	27 %	73 %
Jaclo	12 271	37 409	49 680	25 %	75 %
Résidence Lachute	10 364	39 135	49 499	21 %	79 %
Total	834 745	1 250 199	2 084 944	40 %	60 %

TABLEAU 23
HEURES-SOINS NETTES REQUISES

TYPE D'ACTIVITÉS	HEURES-SOINS NETTES REQUISES	POURCENTAGE
Soins de base	2,7	79 %
Communication relationnelle	0,4	12 %
Soins infirmiers	0,3	9 %
Total	3,4	100 %

Des travaux seront faits concernant la **détermination d'un ratio optimum** en raison des besoins de la clientèle hébergée en terme de soins infirmiers et de soins d'assistance : clients en lourde perte d'autonomie physique, clients en soins palliatifs, clients en phase aiguë d'une maladie qui ne sont pas hospitalisés ou qui sont retournés en CHSLD après une hospitalisation dans le cadre du virage ambulatoire.

Le tableau suivant indique les heures travaillées en soins infirmiers et en soins d'assistance et le ratio soins infirmiers / soins d'assistance par établissement selon le Rapport financier AS-471 pour l'année 1997-1998. Le **ratio observé** dans la région des Laurentides se situe **en moyenne à 40 % / 60 %** avec des variations importantes selon les établissements.

TABLEAU 24
HEURES TRAVAILLÉES EN SOINS INFIRMIERS ET EN SOINS D'ASSISTANCE

ÉTABLISSEMENT	SOINS INFIRMIERS	SOINS D'ASSISTANCE	TOTAL	% SOINS INFIRMIERS	% SOINS D'ASSISTANCE
CH d'Argenteuil	80 260	56 415	136 675	59 %	41 %
Trois Vallées	47 366	43 886	91 252	52 %	48 %
CH-CR Antoine-Labelle	69 901	68 031	137 932	51 %	49 %
CH Laurentien	73 125	78 112	151 237	48 %	52 %
Rivière du Nord	152 748	229 768	382 516	40 %	60 %
Ste-Anne	47 603	74 384	121 987	39 %	61 %
Drapeau Deschambault	164 688	277 839	442 527	37 %	63 %
Pays-d'en-Haut	37 273	66 719	103 992	36 %	64 %
Rive et Mirabel	91 619	169 543	261 162	35 %	65 %
Deux-Montagnes	14 984	30 547	45 531	33 %	67 %
Foyer Soleil	21 876	49 196	71 072	31 %	69 %
Villa Vieux Sapin	10 667	29 215	39 882	27 %	73 %
Jaclo	12 271	37 409	49 680	25 %	75 %
Résidence Lachute	10 364	39 135	49 499	21 %	79 %
Total	834 745	1 250 199	2 084 944	40 %	60 %

- *Services de réadaptation*

Il n'y pas de normes provinciales qui déterminent la quantité de ressources humaines requises pour les services de réadaptation en physiothérapie et en ergothérapie.

Deux études ont estimé en termes de minutes-semaine la quantité de ressources nettes requises, soit celle de l'Association des Hôpitaux du Québec et celle de Charles Tilquin de la firme ÉROS. Le tableau suivant indique les ressources requises selon les études précitées et les ressources réelles consenties selon l'évaluation PLAISIR (modèle CS2) :

TABLEAU 25
RESSOURCES NETTES REQUISES

SOURCE	PHYSIOTHÉRAPIE	ERGOTHÉRAPIE
Étude de l'AHQ	32 minutes/semaine	27 minutes/semaine
Étude de Charles Tilquin (ÉROS)	20 minutes/semaine	17 minutes/semaine
Évaluation PLAISIR	44 minutes/semaine	35 minutes/semaine

- *Services médicaux*

Le plan régional des effectifs médicaux 1993-1996 identifiait un équivalent de 8,59 postes de médecin en équivalent temps plein (ETC) oeuvrant en CHSLD dans la région.

Plusieurs CHSLD ont signé une entente visant la rémunération à vacation ou à honoraire fixe, permettant ainsi une meilleure participation des médecins aux équipes multidisciplinaires.

Le plan de croissance 1993-1996 prévoyait l'ajout de l'équivalent de 0,69 poste de médecin en CHSLD pour un nombre total de médecins de 9,28 postes ETC.

Le MSSS est à définir des normes permettant d'allouer les ressources médicales en CHSLD.

- *Services de pharmacie*

La clientèle des CHSLD se diversifie de plus en plus et présente des besoins nouveaux, en particulier en ce qui concerne la médication. De plus, de nouveaux médicaments font leur entrée sur le marché et certains d'entre eux sont accessibles moyennant des coûts très élevés.

Le tableau suivant indique les heures travaillées par centre d'activités selon le Rapport financier AS-471 pour l'année 1997-1998.

TABLEAU 26

HEURES TRAVAILLÉES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS

ÉTABLISSEMENT	SOINS INFIRMIERS c.a. 6060	SOINS ASSISTANCE c.a. 6160	SERVICES SOCIAUX c.a. 6730	PHYSIO c.a. 6870	ERGO c.a. 6880	ACTIVITÉS DIRIGÉES c.a. 6840	TOTAL
Drapeau Deschambault	164 688	277 839	2 245	10 352	10 094	9 329	474 547
Rivière du Nord	152 748	229 768	1 576	6 180	4 947	10 499	405 718
Rive et Mirabel	91 619	169 543	1 720	2 416	1 648	3 898	270 844
CH-CR Antoinie-Labelle	69 901	68 031	9 938	16 694	9 366	7 447	181 377
CH Laurentien	73 125	78 112	6 358	9 533	2 389	3 945	173 462
CH d'Argenteuil	80 260	56 415	2 629	10 819	2 670	1 485	154 278
Ste-Anne	47 603	74 384	570	926	916	3 056	127 455
Pays-d'en-Haut	37 273	66 719		1 222	41	3 698	108 953
Trois Vallées	47 366	43 886	561	1 810		2 307	95 930
Foyer Soleil	21 876	49 196		1 407	343	2 846	75 668
Jaclo	12 271	37 409			1 385	770	51 835
Résidence Lachute	10 364	39 135				207	49 706
Deux-Montagnes	14 984	30 547		1 070	669	854	48 124
Villa du Vieux Sapin	10 667	29 215		1 290	240	2 072	43 484
Total	834 745	1 250 199	25 597	63 719	34 708	52 413	2 261 381

- Services de réadaptation

Il n'y pas de normes provinciales qui déterminent la quantité de ressources humaines requises pour les services de réadaptation en physiothérapie et en ergothérapie.

Deux études ont estimé en termes de minutes-semaine la quantité de ressources nettes requises, soit celle de l'Association des Hôpitaux du Québec et celle de Charles Tilquin de la firme ÉROS. Le tableau suivant indique les ressources requises selon les études précitées et les ressources réelles consenties selon l'évaluation PLAISIR (modèle CS2) :

TABLEAU 25
RESSOURCES NETTES REQUISES

SOURCE	PHYSIOTHÉRAPIE	ERGOTHÉRAPIE
Étude de l'AHQ	32 minutes/semaine	27 minutes/semaine
Étude de Charles Tilquin (ÉROS)	20 minutes/semaine	17 minutes/semaine
Évaluation PLAISIR	44 minutes/semaine	35 minutes/semaine

- Services médicaux

Le plan régional des effectifs médicaux 1993-1996 identifiait un équivalent de 8,59 postes de médecin en équivalent temps plein (ETC) oeuvrant en CHSLD dans la région.

Plusieurs CHSLD ont signé une entente visant la rémunération à vacation ou à honoraire fixe, permettant ainsi une meilleure participation des médecins aux équipes multidisciplinaires.

Le plan de croissance 1993-1996 prévoyait l'ajout de l'équivalent de 0,69 poste de médecin en CHSLD pour un nombre total de médecins de 9,28 postes ETC.

Le MSSS est à définir des normes permettant d'allouer les ressources médicales en CHSLD.

- Services de pharmacie

La clientèle des CHSLD se diversifie de plus en plus et présente des besoins nouveaux, en particulier en ce qui concerne la médication. De plus, de nouveaux médicaments font leur entrée sur le marché et certains d'entre eux sont accessibles moyennant des coûts très élevés.

Le tableau suivant indique les heures travaillées par centre d'activités selon le Rapport financier AS-471 pour l'année 1997-1998.

TABLEAU 26

HEURES TRAVAILLÉES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS

ÉTABLISSEMENT	SOINS INFIRMIERS c.a. 6060	SOINS ASSISTANCE c.a. 6160	SERVICES SOCIAUX c.a. 6730	PHYSIO c.a. 6870	ERGO c.a. 6880	ACTIVITÉS DIRIGÉES c.a. 6840	TOTAL
Drapeau Deschambault	164 688	277 839	2 245	10 352	10 094	9 329	474 547
Rivière du Nord	152 748	229 768	1 576	6 180	4 947	10 499	405 718
Rive et Mirabel	91 619	169 543	1 720	2 416	1 648	3 898	270 844
CH-CR Antoinie-Labelle	69 901	68 031	9 938	16 694	9 366	7 447	181 377
CH Laurentien	73 125	78 112	6 358	9 533	2 389	3 945	173 462
CH d'Argenteuil	80 260	56 415	2 629	10 819	2 670	1 485	154 278
Ste-Anne	47 603	74 384	570	926	916	3 056	127 455
Pays-d'en-Haut	37 273	66 719		1 222	41	3 698	108 953
Trois Vallées	47 366	43 886	561	1 810		2 307	95 930
Foyer Soleil	21 876	49 196		1 407	343	2 846	75 668
Jaclo	12 271	37 409			1 385	770	51 835
Résidence Lachute	10 364	39 135				207	49 706
Deux-Montagnes	14 984	30 547		1 070	669	854	48 124
Villa du Vieux Sapin	10 667	29 215		1 290	240	2 072	43 484
Total	834 745	1 250 199	25 597	63 719	34 708	52 413	2 261 381

Le tableau suivant indique le nombre de postes équivalents temps plein (1 ETC = 1 600 heures) par centre d'activités.

TABLEAU 27
POSTES ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN PAR CENTRE D'ACTIVITÉS

ÉTABLISSEMENT	SOINS INFIRMIERS	SOINS ASSISTANCE	SERVICES SOCIAUX	PHYSIO	ERGO	ACTIVITÉS DIRIGÉES	TOTAL
Drapeau Deschambault	102,9	173,6	1,4	6,5	6,3	5,8	296,6
Rivière du Nord	95,5	143,6	1,0	3,9	3,1	6,6	253,6
Rive et Mirabel	57,3	106,0	1,1	1,5	1,0	2,4	169,3
CH-CR Antoine-Labelle	43,7	42,5	6,2	10,4	5,9	4,7	113,4
CH Laurentien	45,7	48,8	4,0	6,0	1,5	2,5	108,4
CH d'Argenteuil	50,2	35,3	1,6	6,8	1,7	0,9	96,4
Ste-Anne	29,8	46,5	0,4	0,6	0,6	1,9	79,7
Pays-d'en-Haut	23,3	41,7	0,0	0,8	0,0	2,3	68,1
Trois Vallées	29,6	27,4	0,4	1,1	0,0	1,4	60,0
Foyer Soleil	13,7	30,7	0,0	0,9	0,2	1,8	47,3
Jaclo	7,7	23,4	0,0	0,0	0,9	0,5	32,4
Résidence Lachute	6,5	24,5	0,0	0,0	0,0	0,1	31,1
Deux-Montagnes	9,4	19,1	0,0	0,7	0,4	0,5	30,1
Villa du Vieux Sapin	6,7	18,3	0,0	0,8	0,2	1,3	27,2
Total	521,7	781,4	16,0	39,8	21,7	32,8	1 413,4

5.3 *Milieu de vie et milieu de soins*

La Fédération québécoise des CHSLD dans un document intitulé : « Une mission, une vision, une passion » définit le programme d'hébergement et de soins de longue durée comme comportant deux volets, soit le milieu de vie substitut et les soins et services de longue durée.

- Milieu de vie substitut

L'objectif du programme « milieu de vie substitut » consiste à voir au bien-être et à la protection de la personne dans un milieu physique adapté à sa situation et à voir à son épanouissement et à son bien-être général.

Le Rapport du groupe d'experts sur les personnes aînées intitulé : « Vers un nouvel équilibre des âges » clarifiait la notion de milieu de vie en CHSLD. Ainsi, la qualité de vie est fonction de cinq composantes essentielles qui sont l'identité, le contrôle, l'intimité, la sécurité et le confort.

Le tableau suivant indique le nombre de postes équivalents temps plein (1 ETC = 1 600 heures) par centre d'activités.

TABLEAU 27
POSTES ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN PAR CENTRE D'ACTIVITÉS

ÉTABLISSEMENT	SOINS INFIRMIERS	SOINS ASSISTANCE	SERVICES SOCIAUX	PHYSIO	ERGO	ACTIVITÉS DIRIGÉES	TOTAL
Drapeau Deschambault	102,9	173,6	1,4	6,5	6,3	5,8	296,6
Rivière du Nord	95,5	143,6	1,0	3,9	3,1	6,6	253,6
Rive et Mirabel	57,3	106,0	1,1	1,5	1,0	2,4	169,3
CH-CR Antoine-Labelle	43,7	42,5	6,2	10,4	5,9	4,7	113,4
CH Laurentien	45,7	48,8	4,0	6,0	1,5	2,5	108,4
CH d'Argenteuil	50,2	35,3	1,6	6,8	1,7	0,9	96,4
Ste-Anne	29,8	46,5	0,4	0,6	0,6	1,9	79,7
Pays-d'en-Haut	23,3	41,7	0,0	0,8	0,0	2,3	68,1
Trois Vallées	29,6	27,4	0,4	1,1	0,0	1,4	60,0
Foyer Soleil	13,7	30,7	0,0	0,9	0,2	1,8	47,3
Jaclo	7,7	23,4	0,0	0,0	0,9	0,5	32,4
Résidence Lachute	6,5	24,5	0,0	0,0	0,0	0,1	31,1
Deux-Montagnes	9,4	19,1	0,0	0,7	0,4	0,5	30,1
Villa du Vieux Sapin	6,7	18,3	0,0	0,8	0,2	1,3	27,2
Total	521,7	781,4	16,0	39,8	21,7	32,8	1 413,4

5.3 *Milieu de vie et milieu de soins*

La Fédération québécoise des CHSLD dans un document intitulé : « Une mission, une vision, une passion » définit le programme d'hébergement et de soins de longue durée comme comportant deux volets, soit le milieu de vie substitut et les soins et services de longue durée.

- Milieu de vie substitut

L'objectif du programme « milieu de vie substitut » consiste à voir au bien-être et à la protection de la personne dans un milieu physique adapté à sa situation et à voir à son épanouissement et à son bien-être général.

Le Rapport du groupe d'experts sur les personnes aînées intitulé : « Vers un nouvel équilibre des âges » clarifiait la notion de milieu de vie en CHSLD. Ainsi, la qualité de vie est fonction de cinq composantes essentielles qui sont l'identité, le contrôle, l'intimité, la sécurité et le confort.

La Politique de la santé et du bien-être vise comme un de ses objectifs fondamentaux l'intégration sociale des personnes âgées, quel que soit leur milieu de vie.

La ressource d'hébergement est avant tout un **milieu de vie**. À ce titre, elle doit s'assurer que :

- l'on favorise le maintien des liens de l'usager avec sa famille et la communauté;
- l'on garantit le respect des droits des aînés et les moyens de les exercer, tout comme la possibilité de faire valoir leurs droits et leurs besoins;
- l'environnement et les habitudes de vie des usagers de même génération sont reproduits le plus possible plutôt qu'un cadre de vie rigide et institutionnel;
- des services appropriés et de qualité sont disponibles où les ressources thérapeutiques sont accessibles et où un aménagement prothétique est assuré lorsque le besoin se fait sentir;
- l'on contribue au maintien ou à l'amélioration de la qualité de vie des usagers.

La **qualité de vie** dans une ressource d'hébergement comprend les éléments spécifiques suivants :

- l'autonomie comme étant l'individualité, l'indépendance physique, le contrôle sur l'environnement et les aspects de la vie personnelle, la capacité de prendre part à des activités appropriées et significatives;
- la sécurité comme étant la sécurité physique et émotive, le confort, la réponse aux soins requis;
- les relations interpersonnelles comme étant le niveau d'interaction, l'amitié, les relations avec le personnel, l'expression, le respect.

La notion de milieu de vie est fondée sur le respect des choix de la personne ainsi que de ses valeurs. L'établissement éclaire les choix de l'usager et de sa famille mais respecte leurs choix, en autant que la sécurité et le bien-être de l'usager et d'autrui sont assurés.

À titre d'illustration, les milieux d'hébergement n'exercent plus le contrôle d'antan sur les comportements sexuels en autant qu'ils s'effectuent entre adultes consentants.

De même, les milieux d'hébergement sont davantage sensibilisés aux conséquences de l'acharnement thérapeutique tant pour les personnes malades ou en phase préterminale ou terminale que pour leurs proches et sont soucieux de respecter les dernières volontés de l'usager et de sa famille.

Chacun des CHSLD voit à mettre en place un programme de **dépistage des cas d'abus, de violence ou de négligence**, tant dans les relations entre le personnel et les usagers qu'entre les usagers eux-mêmes, en vue de prévenir les situations problématiques et de les corriger rapidement, s'il y a lieu.

Les services inclus dans le programme « milieu de vie substitut » sont les suivants :

- gîte personnalisé et adapté
- alimentation
- buanderie
- entretien ménager
- surveillance 24 heures sur 24
- transport adapté
- relations avec la communauté
- activités culturelles et sociales
- animation et loisirs
- pastorale.

- Milieu de soins

La ressource d'hébergement est également un **milieu de soins**, compte tenu des besoins importants de la clientèle hébergée. L'objectif du programme « soins et services de longue durée » consiste à voir au maintien ou à l'amélioration de la **santé physique et mentale** de la personne. Les services inclus dans le programme « soins et services de longue durée » sont idéalement les suivants :

- soins d'assistance
- soins infirmiers
- soins médicaux
- services psychosociaux
- psychologie
- physiothérapie
- diététique
- ergothérapie
- thérapie occupationnelle
- inhalothérapie
- orthophonie
- audiologie
- pharmacie.

Afin de respecter la personne et de bien répondre à ses besoins, un **équilibre dans l'adéquation entre milieu de vie et milieu de soins** doit être atteint.

6. PROGRAMMES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES

En fonction des clientèles admises, **différentes programmations** peuvent être mises en place. La gradation quant à l'intensité des soins et services peut varier en fonction des besoins de la personne et du milieu de dispensation des services.

Chacun des CHSLD voit à développer des programmes spécifiques visant à répondre aux besoins de clientèles particulières telles :

- la clientèle présentant des pertes d'autonomie importantes sur le plan biologique;
- la clientèle présentant des atteintes cognitives importantes;
- la clientèle présentant des problèmes de comportements importants sur le plan psychosocial;
- la clientèle des adultes de moins de 65 ans;
- la clientèle en soins palliatifs;

- les clientèles particulières : santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme et toxicomanies, clientèle du virage ambulatoire, sidéens,.

L'approche à ces divers programmes spécifiques sera interdisciplinaire. **L'équipe multidisciplinaire** pourra comprendre, selon les cas, le médecin, l'infirmière, l'intervenant social, le psychologue, le physiothérapeute, le technicien en réadaptation physique, l'ergothérapeute, la diététiste, l'inhalothérapeute, l'orthophoniste, l'audiologiste et le pharmacien.

6.1 Clientèle présentant des pertes d'autonomie importantes sur le plan biologique

Le plan biologique réfère aux **capacités fonctionnelles** de la personne sur le plan moteur ainsi qu'aux **problèmes chroniques de santé** pouvant affecter une personne (ex. : diabète, haute tension artérielle, obésité).

La **déficience motrice** réfère aux incapacités relatives à la mobilité et à l'agilité et aux troubles et séquelles d'ordre neuro-musculo-squelettique ou neuro-sensori-moteur pouvant affecter une personne.

La personne avec une déficience physique sur le plan moteur est atteinte de façon significative et persistante d'une déficience des capacités motrices à caractère stable ou évolutif, entraînant des limitations fonctionnelles et des situations de handicap.
Les **limitations fonctionnelles** affectent en particulier les activités de la vie quotidienne, la mobilité et les déplacements.

L'**objectif** du programme sera de conserver chez la clientèle-cible les acquis nécessaires et prévenir une diminution ou une perte des capacités pour lui permettre de fonctionner le plus adéquatement possible dans la vie quotidienne sur le plan biologique grâce à un enseignement et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale.

Les **activités** reliées au programme pourront comprendre par exemple :

- des exercices physiques individuels ou en groupe;
- des exercices visant à favoriser la motricité fine et globale;
- des activités de prévention des chutes;
- de l'information concernant la médication auprès des usagers et de leur famille.

6.2 Clientèle présentant des atteintes cognitives importantes

Le plan cognitif réfère aux capacités fonctionnelles de la personne relatives à l'orientation dans l'espace et dans le temps, à l'orientation aux personnes, à la mémoire ancienne et récente, au jugement, à la compréhension et à la capacité d'apprentissage.

La déficience cognitive peut entraîner des limitations fonctionnelles au niveau des activités de la vie quotidienne, des activités de la vie domestique et des activités sociales et de loisirs.

Certains problèmes cognitifs associés ou non à des problèmes de comportement requièrent une médication spécifique. On sera donc attentif aux risques de surconsommation de médicaments et d'interactions médicamenteuses indésirables. On veillera également à prévenir les contentions chimiques suite à une surconsommation de psychotropes grâce à la vigilance de l'équipe soignante (médecin, infirmière, pharmacien).

La personne présentant une déficience cognitive peut avoir également des troubles de comportements qui ont pour effet de déranger le reste de la clientèle d'une unité de soins et qui constitue une source de pression importante sur le personnel. La personne peut aussi représenter un risque pour elle-même et pour autrui.

Il serait important d'évaluer l'opportunité de regrouper les cas problématiques dans des petits modules d'environ douze personnes dans chacun des bassins ou territoire de CLSC où le nombre de clients le justifiera, et ce, afin de favoriser un milieu plus propice à une gestion des problèmes de comportement.

Ces modules peuvent se retrouver en CHSLD ou dans des ressources non institutionnelles selon le niveau de soins requis (ressources intermédiaires, résidences d'accueil). Ces modules devront être situés à proximité des familles des usagers afin de favoriser le maintien des liens affectifs.

L'expérience des unités spécifiques a permis de constater une baisse de consommation de médicaments et une diminution des comportements perturbateurs chez la clientèle en perte cognitive.

Le personnel qui oeuvrera à l'intérieur de ces unités spécifiques doit être formé à l'approche non agressante de ce type de clientèle afin de diminuer l'anxiété et l'agressivité des usagers atteints de ce type de déficience. Des budgets de formation et de remplacement du personnel à former doivent être prévus à cet effet. De même, on mettra en place des modalités d'organisation du travail de façon à prévenir l'épuisement professionnel.

Les budgets devront être ajustés pour répondre aux besoins d'une clientèle qui nécessite un niveau important de surveillance et d'encadrement.

L'**objectif** du programme sera de conserver chez la clientèle-cible les acquis nécessaires et prévenir une diminution ou une perte des capacités pour lui permettre de fonctionner le plus adéquatement possible dans la vie quotidienne sur le plan cognitif grâce à un enseignement et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale.

Les **activités** reliées au programme pourront comprendre par exemple :

- des activités visant à favoriser la réminiscence;
- des activités d'orientation dans la réalité;
- des activités de stimulation;
- des activités visant la mise sur pied d'un environnement prothétique;
- des activités de support aux familles.

6.3 *Clientèle présentant des problèmes de comportements importants sur le plan psychosocial*

Le plan psychosocial réfère aux capacités fonctionnelles de la personne relativement aux dimensions psychologiques et sociales.

Sur le **plan psychologique**, la personne peut éprouver un sentiment de dévalorisation et une faible estime de soi suite à des problèmes d'ordre psychique comme l'état dépressif, les idées suicidaires, les idées paranoïdes, les troubles de comportement ou suite à des difficultés d'adaptation au changement de milieu de vie.
Les manifestations peuvent être d'ordre multiple : anxiété persistante, agressivité verbale, agitation, tristesse, dérange les autres, agressivité physique, retrait, errance, exhibitionnisme, manifeste du chagrin, réveil prématuré et de mauvaise humeur, pense à la mort, hypersomnie, idées suicidaires.

Sur le **plan social**, la personne peut être en état de vulnérabilité et de dépendance au niveau de ses interrelations sociales en raison de plusieurs facteurs tels l'isolement ou la solitude, une situation d'abus, violence ou négligence.

L'opportunité de regrouper les clients présentant des comportements perturbateurs dans des modules spécifiques avec du personnel spécialement formé pour ce type de problématique, tel qu'explicité dans le point 6.2, devra être prise en considération au niveau de chaque bassin ou territoire de CLSC.

L'**objectif** du programme sera de conserver chez la clientèle-cible les acquis nécessaires et prévenir une diminution ou une perte des capacités pour lui permettre de fonctionner le plus adéquatement possible dans la vie quotidienne sur le plan psychosocial grâce à un enseignement et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale.

Les **activités** reliées au programme pourront comprendre par exemple :

- groupes de socialisation;
- activités de motivation-valorisation;
- mise sur pied d'un environnement prothétique;
- support aux familles.

6.4 *Clientèle des adultes de moins de 65 ans*

L'**objectif** du programme sera de conserver chez la clientèle des adultes de moins de 65 ans les acquis nécessaires et prévenir une diminution ou une perte des capacités pour lui permettre de fonctionner le plus adéquatement possible dans la vie quotidienne sur les plans physique, cognitif et psychosocial grâce à un enseignement et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale.

Les **activités** reliées au programme pourront comprendre par exemple :

- des activités de loisirs adaptées aux adultes de moins de 65 ans;
- des exercices physiques individuels ou en groupe;
- de l'information concernant la médication auprès des usagers et de leur famille;
- des activités de stimulation;
- des groupes de socialisation;
- des activités de motivation-valorisation;
- des activités de support aux familles.

La clientèle des adultes de moins de 65 ans devra faire l'objet d'une programmation spécifique qui sera dispensée soit à l'interne du CHSLD, soit dans une ressource mieux adaptée à leurs besoins particuliers (ressource intermédiaire, ressource de type familial).

Cette clientèle pourra donc être dispersée dans les différentes unités du CHSLD ou regroupée dans des unités spécifiques ou des ressources plus petites à l'extérieur du CHSLD.

À titre d'exemple, une clientèle d'adultes souffrant de paralysie cérébrale ou de sclérose en plaques vit dans une résidence de dix appartements gérée par un organisme sans but lucratif à Joliette et encadrée par du personnel 24 heures par jour.

6.5 *Clientèle en soins palliatifs*

La clientèle hébergée de façon permanente ou temporaire et qui se retrouve en phase préterminale ou terminale fera l'objet d'un programme spécifique de soins palliatifs.

La **clientèle visée** est constituée de personnes atteintes d'une maladie incurable et fatale qui est confirmée cliniquement et dont le pronostic de vie se situe généralement à trois mois et moins.

L'**objectif** du programme sera de dispenser des soins de confort au client en fin de vie afin de lui assurer la meilleure qualité de vie possible grâce à un contrôle efficace de la douleur physique et morale.

Le programme de soins palliatifs visera également les familles des usagers en phase préterminale ou terminale en leur prodiguant du support et en favorisant leur présence active auprès de leur parent mourant.

Lors de l'admission en hébergement, le client assisté de sa famille sera amené à choisir le niveau d'intervention qui lui convient et qui sera réévalué en cours d'hébergement selon sa condition. Le client et sa famille pourront ainsi choisir entre quatre niveaux d'intervention : la réanimation, le transfert en centre hospitalier, les soins actifs sur place en CHSLD (ex. : soluté) et les soins de confort.

Le programme de soins palliatifs est orienté en fonction de la qualité de vie du client, de son confort, du contrôle de ses symptômes et de la douleur, des relations humaines avec le client et sa famille, et non en fonction du traitement curatif.

L'approche des soins palliatifs sera **globale**, c'est-à-dire qu'elle sera centrée sur les besoins biologiques, psychologiques et sociaux du client et qu'elle visera la satisfaction des besoins du mourant et de sa famille.

L'approche des soins palliatifs sera également **interdisciplinaire** dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du plan d'intervention individualisé pour chacun des clients concernés; elle impliquera entre autres l'infirmière, le médecin, le pharmacien, l'intervenant psychosocial, l'agent de pastorale, l'ergothérapeute, l'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires. Elle impliquera également les familles et les bénévoles.

Le programme de soins palliatifs sera dispensé normalement dans la chambre déjà occupée par le client. On évitera ainsi de perturber inutilement un client en le transférant de chambre lorsqu'il entre en phase préterminale ou terminale de maladie.

On n'aménagera donc pas d'unités de soins palliatifs comme telles dans les CHSLD de la région et ceci, en raison du faible volume de clientèle nécessitant en même temps un programme de soins palliatifs.

Les **références** des centres hospitaliers de clients en phase terminale ou préterminale vers les CHSLD pourront se faire en autant que la personne en est à un stade de sa maladie où elle ne nécessite plus de soins actifs mais ne requiert que de l'accompagnement et des soins de confort pour soulager la douleur.

Les centres hospitaliers verront à bien informer les clients et leur famille du diagnostic et du pronostic reliés à la maladie avant de les transférer en CHSLD.

Les CHSLD assureront le **support psychosocial** aux clients en phase préterminale ou terminale ainsi qu'à leur famille. Après le décès du client, une aide psychologique sera fournie aux familles qui le désirent durant la période de deuil. De même, les familles concernées pourraient être invitées à une commémoration annuelle ou bi-annuelle des clients décédés durant les derniers mois.

L'intervenant psychosocial pourra également assister la famille sur des aspects plus légaux entourant le décès d'un parent (ex. : testament, vente d'actifs).

Considérant les **aspects éthiques** entourant les soins de fin de vie, tels la question de l'euthanasie active ou passive, les CHSLD pourront faire appel au besoin à des experts en la matière pour éclairer le personnel, les clients et leur famille sur les valeurs, les choix et les enjeux en cause. Des rencontres pourront être organisées pour permettre des échanges entre les employés et les familles sur ces sujets délicats et empreints d'émotion.

De la **formation** régulière sera dispensée au personnel soignant sur l'approche aux mourants. Le personnel infirmier bénéficiera régulièrement de mise à jour sur les techniques de soulagement de la douleur afin d'assurer des soins de confort à la clientèle en phase terminale ou préterminale. Le personnel affecté aux soins palliatifs fera l'objet d'un ressourcement régulier et continu afin de prévenir l'épuisement professionnel.

Le personnel sera également formé sur les outils d'évaluation qui sont utilisés sur l'état de bien-être et de douleur du client afin d'ajuster au besoin la médication et les soins de confort selon l'état du client.

Les bénévoles qui assurent l'accompagnement aux personnes en fin de vie et à leur famille bénéficieront d'une formation de base sur l'approche aux mourants et d'un ressourcement régulier afin de prévenir l'épuisement.

En ce qui concerne la **médication**, l'apport du pharmacien est important pour assurer un bon dosage, opérer les ajustements requis et contrôler les interactions médicamenteuses.

Le programme de soins palliatifs génère également des coûts en matière d'**équipements**; il faut prévoir des items tels les pompes à morphine, les matelas d'air, etc.

Les **activités** reliées au programme pourront comprendre par exemple :

- des activités de promotion du testament biologique auprès des usagers et de leurs mandataires;
- des protocoles de soins visant à prévenir l'acharnement thérapeutique;
- des activités de support individuel et en groupe auprès des familles durant la phase de soins palliatifs et durant la phase de deuil.

Une attention particulière sera apportée à **l'environnement physique**. On favorisera le plus possible la chambre privée pour les soins palliatifs et on prévoira des espaces de repos pour les membres de la famille qui désirent accompagner leur parent mourant jour et nuit.

Les clients en phase préterminale ou terminale d'une maladie nécessitent souvent un nombre **d'heures-soins** important en raison des soins de confort qui doivent être dispensés régulièrement et à répétition (ex. : aspiration des sécrétions, mobilisation, soins d'hygiène).

Par exemple, certains clients mourants peuvent nécessiter plus de cinq heures-soins par jour.

Le niveau élevé de lourdeur de cette clientèle contribue à rehausser la lourdeur moyenne de la clientèle hébergée en CHSLD et a donc un impact direct sur les budgets requis pour maintenir le taux de réponse aux besoins à un niveau adéquat.

Les soins importants requis par le client en phase préterminale ou terminale de maladie risquent d'être prodigués au détriment des autres clientèles hébergées en CHSLD, en raison du faible taux de réponse aux besoins que les budgets actuels permettent d'atteindre pour l'ensemble de la clientèle hébergée.

Le programme de soins palliatifs en CHSLD devra être en lien avec les deux cadres de référence concernant les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. En effet, plusieurs ressources hébergent des clients en phase préterminale ou terminale de maladie. Les besoins de ces clients devront être évalués et les ressources humaines, matérielles et financières devront être ajustées en conséquence.

Le programme de soins palliatifs en CHSLD devra être également en lien avec l'éventuel plan régional en cancérologie.

6.6 Clientèles particulières

Certaines clientèles particulières qui sont en perte d'autonomie pourront nécessiter l'élaboration de programmes spécifiques là où le nombre et les besoins le justifient. En effet, on dénote dans certains établissements une clientèle présentant des problématiques très diverses faisant parfois appel à des expertises que les intervenants en CHSLD ne possèdent pas. Cet état de fait peut parfois affecter la qualité du milieu de vie et la qualité des services offerts, tant pour cette clientèle particulière que pour l'ensemble de la clientèle de l'établissement

Il faudra prévoir des modalités d'organisation des services spécifiques à ces clientèles particulières. On pourrait par exemple favoriser le regroupement de ces clients par type de problématique, soit dans des unités ou des modules à l'intérieur d'un des établissements de chaque bassin ou territoire de CLSC, soit dans des ressources intermédiaires ou de type familial de petite taille, avec du personnel spécialement formé à cet effet, là où le nombre et les besoins des clients le justifieront.

Il faudra donc analyser les besoins de ces clientèles particulières dans chaque territoire, définir les modalités d'organisation des services les plus adéquates et trouver les ressources les plus appropriées en fonction des budgets disponibles. La pertinence du regroupement de ces clientèles dans des unités spécifiques au niveau de chacun des territoires de CLSC fera également l'objet d'étude.

C'est le cas notamment des clientèles suivantes :

- clientèle ayant une problématique de santé mentale;
- clientèle ayant une problématique de déficience intellectuelle;
- clientèle ayant une problématique d'alcoolisme ou de toxicomanies;
- clientèle ayant une problématique de mésadaptation sociale;
- clientèle des traumatisés crânio-cérébraux;
- clientèle des sidéens;
- clientèle du virage ambulatoire .

- Clientèle ayant une problématique de santé mentale

La clientèle ayant une problématique de santé mentale sans problèmes de ***comportement*** peut être admise dans la structure actuelle des CHSLD. Un plan d'intervention spécifique sera assuré à chacun des clients avec le support des services psychiatriques des centres hospitaliers au besoin.

Quant à la clientèle ayant une problématique de santé mentale avec problèmes de ***comportement***, son admission est problématique en CHSLD car elle peut perturber grandement le fonctionnement d'une organisation et elle nécessite des interventions spécialisées. Cette clientèle pourrait être admise dans une ressource plus petite de type ressource intermédiaire ou de type familial possédant l'expertise pour intervenir adéquatement avec le support des services psychiatriques des centres hospitaliers

- Clientèle ayant une problématique de déficience intellectuelle

La clientèle ayant une problématique de déficience intellectuelle sans problèmes de comportement peut être admise dans la structure actuelle des CHSLD. En effet, la perte d'autonomie plus grande est alors souvent liée au processus de vieillissement. Un plan d'intervention spécifique sera assuré à chacun des clients avec le support des centres de réadaptation en déficience intellectuelle au besoin, soit le Centre de réadaptation Le Florès et le CH-CR Antoine-Labelle. Des discussions et des ententes devront être réalisées avec ces partenaires.

Quant à la clientèle ayant une problématique de déficience intellectuelle avec problèmes de comportement, son admission est problématique en CHSLD car elle peut perturber grandement le fonctionnement d'une organisation et elle nécessite des interventions spécialisées. Cette clientèle pourrait être admise dans une ressource plus petite de type ressource intermédiaire ou de type familial possédant l'expertise pour intervenir adéquatement, avec le support des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, soit le Centre du Florès et le CH-CR Antoine-Labelle. Certains services pourraient être développés avec les comités d'encadrement intensif en déficience intellectuelle.

- Clientèle ayant une problématique d'alcoolisme ou de toxicomanies

La clientèle ayant une problématique d'alcoolisme ou de toxicomanies qui est hébergée en CHSLD présente souvent des problèmes de comportement importants qui se manifestent par exemple ***par*** la violence physique ou verbale. Cette clientèle est dérangeante tant pour les autres usagers que pour le personnel. Une approche particulière pourrait être développée auprès de cette clientèle en collaboration avec le Centre de réadaptation André-Boudreau.

- Clientèle ayant une problématique de mésadaptation sociale

La clientèle ayant une problématique de mésadaptation sociale est composée par exemple d'itinérants, d'apatrides, de personnes privées de tout réseau social. On la retrouve en particulier dans le territoire Antoine-Labelle au niveau de la clientèle dite historique.

- Clientèle des traumatisés crânio-cérébraux

La clientèle des traumatisés crânio-cérébraux présente des problèmes de comportements importants qui perturbent le fonctionnement d'une organisation. Des unités spécifiques pourraient être mises en place sur base locale, sous-régionale ou régionale de façon à offrir des services spécifiques à ces types de clientèles tout en respectant autant que possible le choix des familles et l'accessibilité géographique pour celles-ci.

- Clientèle des sidéens

La clientèle des **sidéens** est très rare dans les CHSLD de la région. Les personnes atteintes sont hébergées dans des ressources spécialisées à Montréal ou elles décèdent à l'hôpital ou à domicile. La problématique du sida est donc peu connue en CHSLD, faute de cas. Les quelques cas qui ont été hébergés dans les CHSLD au cours des dernières années ont nécessité de la médication très dispendieuse (entre 15 000 $ et 20 000 $ par année pour la trithérapie). Il faudra donc prévoir des ressources financières spécifiques pour compenser les coûts lorsque la situation se présentera.

- Clientèle du virage ambulatoire

Pour ce qui est de la clientèle du **virage ambulatoire** ayant besoin de soins spécialisés, on dénote plusieurs situations nouvelles en lien avec le développement des services ambulatoires :

- admissions de nouveaux clients en hébergement permanent en provenance des centres hospitaliers et ayant besoin de soins spécialisés sur une base continue (ex. : dialyse péritonéale);
- admissions de nouveaux clients en hébergement temporaire aux fins de convalescence après un séjour en milieu hospitalier;
- retours prématurés de clients hospitalisés vers la ressource d'hébergement;
- clients hébergés en CHSLD qui refusent un transfert en centre hospitalier pour un traitement en soins actifs.

Ces nouvelles clientèles entraînent un besoin de personnel supplémentaire et un besoin de formation et de mise à jour ***continues*** pour le personnel soignant.

Elles engendrent également des coûts accrus en termes de personnel, de médicaments et de fournitures. Les bases ***budgétaires*** des CHSLD devraient être rajustées en conséquence.

Les soins à donner à la ***clientèle*** provenant du virage ambulatoire risquent d'être dispensés au détriment des autres clientèles des CHSLD et de leur porter préjudice, compte tenu du faible taux de réponse aux besoins en CHSLD.

7. ACCESSIBILITÉ À L'HÉBERGEMENT PERMANENT

La planification des places d'hébergement adoptée par la Régie régionale en juin 1995 à l'occasion de l'octroi de 300 nouvelles places à la région des Laurentides était basée sur l'objectif d'un taux d'hébergement de 3,5 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus en 2001.

Le tableau suivant indique le nombre de places en hébergement permanent par installation et par établissement selon les lits dressés, en excluant les 19 places achetées sur base temporaire (situation en octobre 1999).

TABLEAU 28

NOMBRE DE PLACES EN HÉBERGEMENT PERMANENT

TERRITOIRE	ÉTABLISSEMENT	INSTALLATION	LITS/ INSTALLALLATION	LITS/ ÉTABLISSEMENT
Jean-Olivier-Chénier	De la Rive et de Mirabel	St-Benoît	74	248
		Manoir St-Eustache	174	
	Deux-Montagnes	Deux-Montagnes	63	63
Thérèse-de-Blainville	Drapeau Deschambault	Drapeau Deschambault	194	347
		Hubert-Maisonneuve	153	
Total sud			658	658
Arthur-Buies	Rivière du Nord	Auberge St-Jérôme	81	282
		Youville	126	
		Lucien G. Rolland	75	
	Villa Soleil	Villa Soleil	147	147
Total Arthur-Buies			429	429
Argenteuil	CH d'Argenteuil	CH d'Argenteuil	39	119
		Pavillon Argenteuil	80	
	Résidence Lachute	Résidence Lachute	50	50
Total Argenteuil			169	169
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	89	89
Trois Vallées	CH Laurentien	Pavillon Grignon	48	101
		Foyer Ste-Agathe	53	
	CLSC-CHSLD Trois Vallées	Résidence St-Jovite	67	111
		Résidence Labelle	44	
Total P.d'en-Haut/ Trois Vallées			301	301
Antoine-Labelle	CH-CR Antoine-Labelle	CH-CR Antoine-Labelle	95	95
	Ste-Anne	Ste-Anne	103	103
Total Antoine-Labelle			198	198
Total régional			1 755	1 755

- *Clientèle du virage ambulatoire*

Pour ce qui est de la clientèle du **virage ambulatoire** ayant besoin de soins spécialisés, on dénote plusieurs situations nouvelles en lien avec le développement des services ambulatoires :

- admissions de nouveaux clients en hébergement permanent en provenance des centres hospitaliers et ayant besoin de soins spécialisés sur une base continue (ex. : dialyse péritonéale);
- admissions de nouveaux clients en hébergement temporaire aux fins de convalescence après un séjour en milieu hospitalier;
- retours prématurés de clients hospitalisés vers la ressource d'hébergement;
- clients hébergés en CHSLD qui refusent un transfert en centre hospitalier pour un traitement en soins actifs.

Ces nouvelles clientèles entraînent un besoin de personnel supplémentaire et un besoin de formation et de mise à jour ***continues*** pour le personnel soignant.

Elles engendrent également des coûts accrus en termes de personnel, de médicaments et de fournitures. Les bases ***budgétaires*** des CHSLD devraient être rajustées en conséquence.

Les soins à donner à la ***clientèle*** provenant du virage ambulatoire risquent d'être dispensés au détriment des autres clientèles des CHSLD et de leur porter préjudice, compte tenu du faible taux de réponse aux besoins en CHSLD.

7. ACCESSIBILITÉ À L'HÉBERGEMENT PERMANENT

La planification des places d'hébergement adoptée par la Régie régionale en juin 1995 à l'occasion de l'octroi de 300 nouvelles places à la région des Laurentides était basée sur l'objectif d'un taux d'hébergement de 3,5 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus en 2001.

Le tableau suivant indique le nombre de places en hébergement permanent par installation et par établissement selon les lits dressés, en excluant les 19 places achetées sur base temporaire (situation en octobre 1999).

TABLEAU 28

NOMBRE DE PLACES EN HÉBERGEMENT PERMANENT

TERRITOIRE	ÉTABLISSEMENT	INSTALLATION	LITS/ INSTALLALLATION	LITS/ ÉTABLISSEMENT
Jean-Olivier-Chénier	De la Rive et de Mirabel	St-Benoît	74	248
		Manoir St-Eustache	174	
	Deux-Montagnes	Deux-Montagnes	63	63
Thérèse-de-Blainville	Drapeau Deschambault	Drapeau Deschambault	194	347
		Hubert-Maisonneuve	153	
Total sud			658	658
Arthur-Buies	Rivière du Nord	Auberge St-Jérôme	81	282
		Youville	126	
		Lucien G. Rolland	75	
	Villa Soleil	Villa Soleil	147	147
Total Arthur-Buies			429	429
Argenteuil	CH d'Argenteuil	CH d'Argenteuil	39	119
		Pavillon Argenteuil	80	
	Résidence Lachute	Résidence Lachute	50	50
Total Argenteuil			169	169
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	89	89
Trois Vallées	CH Laurentien	Pavillon Grignon	48	101
		Foyer Ste-Agathe	53	
	CLSC-CHSLD Trois Vallées	Résidence St-Jovite	67	111
		Résidence Labelle	44	
Total P.d'en-Haut/ Trois Vallées			301	301
Antoine-Labelle	CH-CR Antoine-Labelle	CH-CR Antoine-Labelle	95	95
	Ste-Anne	Ste-Anne	103	103
Total Antoine-Labelle			198	198
Total régional			1 755	1 755

Le tableau suivant indique le nombre de places d'hébergement permanent en ressources intermédiaires (pavillon) (situation en octobre 1999).

TABLEAU 29
NOMBRE DE PLACES EN RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

TERRITOIRE	ÉTABLISSEMENT	PAVILLON	PLACES
Jean-Olivier-Chénier	Rive-Mirabel	St-Louis	22
Thérèse-de-Blainville	Drapeau Deschambault	Marie-Thérèse	12
		Joie de vivre	23
Arthur-Buies	Rivière du Nord	Médaillon d'Or	12
Argenteuil	CH d'Argenteuil	Villa d'Argenteuil	22
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	Aux deux roses	5
Hautes-Laurentides	Ste-Anne	Therrien	23
		Campeau	12
		Côme-Cartier	20
Total			151

Le tableau suivant indique le nombre de places d'hébergement permanent en résidence d'accueil (ressource de type familial) pour la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie (situation en octobre 1999).

TABLEAU 30
NOMBRE DE PLACES EN RÉSIDENCES D'ACCUEIL

TERRITOIRE	PLACES
Jean-Olivier-Chénier	12
Thérèse-de-Blainville	4
Arthur-Buies	11
Argenteuil	0
Pays-d'en-Haut	0
Trois Vallées	7
Hautes-Laurentides	1
Total	35

Le tableau suivant illustre **l'évolution des places** en CHSLD par territoire de CLSC pour la période 1996-2001 selon la planification retenue (situation au 31 décembre de chaque année).

TABLEAU 31
ÉVOLUTION DES PLACES EN CHSLD

TERRITOIRE DE CLSC	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	262	348	347	347	347	347
Jean-Olivier-Chénier	240	235	249	311	311	311
Arthur-Buies	391	370	403	429	429	429
Argenteuil	170	170	170	169	169	169
Pays-d'en-Haut	123	123	123	89	89	94
Trois Vallées	243	214	215	212	212	236
Hautes-Laurentides	195	198	176	198	198	221
Total	1 624	1 658	1 683	1 755	1 755	1 807

Le tableau suivant illustre **l'évolution démographique** des personnes âgées de 65 ans et plus par territoire de CLSC pour la période 1996-2001.

TABLEAU 32
ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE (1996-2001)

TERRITOIRE DE CLSC	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	7 983	8 394	8 805	9 216	9 627	10 036
Jean-Olivier-Chénier	7 922	8 173	8 424	8 676	8 927	9 179
Arthur-Buies	9 658	10 018	10 378	10 738	11 098	11 457
Argenteuil	4 541	4 594	4 648	4 701	4 755	4 808
Pays-d'en-Haut	4 388	4 576	4 764	4 952	5 140	5 328
Trois Vallées	5 121	5 242	5 363	5 485	5 606	5 728
Hautes-Laurentides	4 196	4 298	4 400	4 502	4 604	4 707
Total	43 809	45 295	46 782	48 270	49 757	51 243

Le tableau suivant indique le nombre de places d'hébergement permanent en ressources intermédiaires (pavillon) (situation en octobre 1999).

TABLEAU 29
NOMBRE DE PLACES EN RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

TERRITOIRE	ÉTABLISSEMENT	PAVILLON	PLACES
Jean-Olivier-Chénier	Rive-Mirabel	St-Louis	22
Thérèse-de-Blainville	Drapeau Deschambault	Marie-Thérèse	12
		Joie de vivre	23
Arthur-Buies	Rivière du Nord	Médaillon d'Or	12
Argenteuil	CH d'Argenteuil	Villa d'Argenteuil	22
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	Aux deux roses	5
Hautes-Laurentides	Ste-Anne	Therrien	23
		Campeau	12
		Côme-Cartier	20
Total			151

Le tableau suivant indique le nombre de places d'hébergement permanent en résidence d'accueil (ressource de type familial) pour la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie (situation en octobre 1999).

TABLEAU 30
NOMBRE DE PLACES EN RÉSIDENCES D'ACCUEIL

TERRITOIRE	PLACES
Jean-Olivier-Chénier	12
Thérèse-de-Blainville	4
Arthur-Buies	11
Argenteuil	0
Pays-d'en-Haut	0
Trois Vallées	7
Hautes-Laurentides	1
Total	35

Le tableau suivant illustre **l'évolution des places** en CHSLD par territoire de CLSC pour la période 1996-2001 selon la planification retenue (situation au 31 décembre de chaque année).

TABLEAU 31
ÉVOLUTION DES PLACES EN CHSLD

TERRITOIRE DE CLSC	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	262	348	347	347	347	347
Jean-Olivier-Chénier	240	235	249	311	311	311
Arthur-Buies	391	370	403	429	429	429
Argenteuil	170	170	170	169	169	169
Pays-d'en-Haut	123	123	123	89	89	94
Trois Vallées	243	214	215	212	212	236
Hautes-Laurentides	195	198	176	198	198	221
Total	1 624	1 658	1 683	1 755	1 755	1 807

Le tableau suivant illustre **l'évolution démographique** des personnes âgées de 65 ans et plus par territoire de CLSC pour la période 1996-2001.

TABLEAU 32
ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE (1996-2001)

TERRITOIRE DE CLSC	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	7 983	8 394	8 805	9 216	9 627	10 036
Jean-Olivier-Chénier	7 922	8 173	8 424	8 676	8 927	9 179
Arthur-Buies	9 658	10 018	10 378	10 738	11 098	11 457
Argenteuil	4 541	4 594	4 648	4 701	4 755	4 808
Pays-d'en-Haut	4 388	4 576	4 764	4 952	5 140	5 328
Trois Vallées	5 121	5 242	5 363	5 485	5 606	5 728
Hautes-Laurentides	4 196	4 298	4 400	4 502	4 604	4 707
Total	43 809	45 295	46 782	48 270	49 757	51 243

Le tableau suivant illustre **l'évolution des taux d'hébergement** par territoire de CLSC pour la période 1996-2001.

TABLEAU 33
ÉVOLUTION DES TAUX D'HÉBERGEMENT

TERRITOIRE DE CLSC	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	3,3 %	4,1 %	3,9 %	3,8 %	3,6 %	3,5 %
Jean-Olivier-Chénier	3,0 %	2,9 %	3,0 %	3,6 %	3,5 %	3,4 %
Arthur-Buies	4,0 %	3,7 %	3,9 %	4,0 %	3,9 %	3,7 %
Argenteuil	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,6 %	3,6 %	3,5 %
Pays-d'en-Haut	2,8 %	2,7 %	2,6 %	1,8 %	1,7 %	1,8 %
Trois Vallées	4,7 %	4,1 %	4,0 %	3,9 %	3,8 %	4,1 %
Hautes-Laurentides	4,6 %	4,6 %	4,0 %	4,4 %	4,3 %	4,7 %
Total	3,7 %	3,7 %	3,6 %	3,6 %	3,5 %	3,5 %

Le tableau suivant illustre que la région des Laurentides se situait au dernier rang des régions du Québec en terme de taux d'hébergement en 1996 selon les lits dressés (Source : SICRA, septembre 1996).

TABLEAU 34
TAUX D'HÉBERGEMENT PROVINCIAL

NO	RÉGION	POPULATION 1996	LITS 1996	TAUX D'HÉBERGEMENT	RANG
1	Bas St-Laurent	29 815	1 769	5,93 %	1
12	Chaudière-Appalaches	46 331	2 590	5,59 %	2
8	Abitibi-Témiscamingue	15 149	800	5,28 %	3
6	Montréal	279 815	14 569	5,21 %	4
5	Estrie	37 442	1 813	4,84 %	5
2	Lac-St-Jean	30 549	1 475	4,83 %	6
3	Québec	82 794	3 922	4,74 %	7
11	Gaspésie	13 977	656	4,69 %	8
4	Mauricie	68 135	3 011	4,42 %	9
7	Outaouais	29 884	1 305	4,37 %	10
9	Côte-Nord	8 110	346	4,27 %	11
14	Lanaudière	35 603	1 476	4,15 %	12
13	Laval	37 254	1 386	3,72 %	13
16	Montérégie	136 937	5 086	3,71 %	14
15	Laurentides	43 809	1 608	3,67 %	15
	Province de Québec	895 604	41 812	4,67 %	

Le tableau suivant illustre **l'évolution démographique** des personnes âgées de 65 ans et plus par territoire de CLSC pour la période 2001-2006.

TABLEAU 35
ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE (2001-2006)

TERRITOIRE DE CLSC	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Thérèse-de-Blainville	10 036	10 574	11 112	11 651	12 189	12 727
Jean-Olivier-Chénier	9 179	9 451	9 723	9 995	10 267	10 539
Arthur-Buies	11 457	11 851	12 244	12 638	13 031	13 425
Argenteuil	4 808	4 868	4 928	4 987	5 047	5 107
Pays-d'en-Haut	5 328	5 480	5 632	5 785	5 937	6 089
Trois Vallées	5 728	5 863	5 999	6 134	6 270	6 405
Hautes-Laurentides	4 707	4 849	4 992	5 134	5 277	5 419
Total	51 243	52 937	54 630	56 324	58 017	59 711

Le tableau suivant illustre les écarts en terme de nombre de places en CHSLD selon la fourchette des taux d'hébergement considérée dans les orientations du MSSS, soit de 3,5 % à 4,2 % (projection 2001).

TABLEAU 36
ÉCARTS EN TERME DE NOMBRE DE PLACES (2001)

TERRITOIRE DE CLSC	65+ 2001	LITS PRÉVUS 2001	TAUX PRÉVU 2001	ÉCART SELON 3,5 %	ÉCART SELON 3,6 %	ÉCART SELON 3,7 %	ÉCART SELON 3,8 %	ÉCART SELON 3,9 %	ÉCART SELON 4,0 %	ÉCART SELON 4,1 %	ÉCART SELON 4,2 %
Thérèse-de-Blainville	10 036	347	3,5 %	-4	-14	-24	-34	-44	-54	-64	-75
Jean-Olivier-Chénier	9 179	316	3,4 %	-10	-14	-24	-33	-42	-51	-60	-70
Arthur-Buies	11 457	429	3,7 %	28	17	5	-6	-18	-29	-41	-52
Argenteuil	4 808	170	3,5 %	1	-3	-8	-13	-18	-22	-27	-32
Pays-d'en-Haut	5 328	94	1,8 %	-92	-98	-103	-108	-114	-119	-124	-130
Trois Vallées	5 728	237	4,1 %	36	31	25	19	14	8	2	-4
Hautes-Laurentides	4 707	221	4,7 %	34	52	47	42	37	33	28	23
Total	51 243	1 814	3,5 %	-9	-31	-82	-133	-184	-236	-287	-338

Le tableau suivant illustre les écarts en terme de nombre de places en CHSLD selon la fourchette des taux d'hébergement considérée dans les orientations du MSSS, soit de 3,5 % à 4,2 % (projection 2006).

Le tableau suivant illustre **l'évolution des taux d'hébergement** par territoire de CLSC pour la période 1996-2001.

TABLEAU 33
ÉVOLUTION DES TAUX D'HÉBERGEMENT

TERRITOIRE DE CLSC	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	3,3 %	4,1 %	3,9 %	3,8 %	3,6 %	3,5 %
Jean-Olivier-Chénier	3,0 %	2,9 %	3,0 %	3,6 %	3,5 %	3,4 %
Arthur-Buies	4,0 %	3,7 %	3,9 %	4,0 %	3,9 %	3,7 %
Argenteuil	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,6 %	3,6 %	3,5 %
Pays-d'en-Haut	2,8 %	2,7 %	2,6 %	1,8 %	1,7 %	1,8 %
Trois Vallées	4,7 %	4,1 %	4,0 %	3,9 %	3,8 %	4,1 %
Hautes-Laurentides	4,6 %	4,6 %	4,0 %	4,4 %	4,3 %	4,7 %
Total	3,7 %	3,7 %	3,6 %	3,6 %	3,5 %	3,5 %

Le tableau suivant illustre que la région des Laurentides se situait au dernier rang des régions du Québec en terme de taux d'hébergement en 1996 selon les lits dressés (Source : SICRA, septembre 1996).

TABLEAU 34
TAUX D'HÉBERGEMENT PROVINCIAL

NO	RÉGION	POPULATION 1996	LITS 1996	TAUX D'HÉBERGEMENT	RANG
1	Bas St-Laurent	29 815	1 769	5,93 %	1
12	Chaudière-Appalaches	46 331	2 590	5,59 %	2
8	Abitibi-Témiscamingue	15 149	800	5,28 %	3
6	Montréal	279 815	14 569	5,21 %	4
5	Estrie	37 442	1 813	4,84 %	5
2	Lac-St-Jean	30 549	1 475	4,83 %	6
3	Québec	82 794	3 922	4,74 %	7
11	Gaspésie	13 977	656	4,69 %	8
4	Mauricie	68 135	3 011	4,42 %	9
7	Outaouais	29 884	1 305	4,37 %	10
9	Côte-Nord	8 110	346	4,27 %	11
14	Lanaudière	35 603	1 476	4,15 %	12
13	Laval	37 254	1 386	3,72 %	13
16	Montérégie	136 937	5 086	3,71 %	14
15	Laurentides	43 809	1 608	3,67 %	15
Province de Québec		895 604	41 812	4,67 %	

Le tableau suivant illustre **l'évolution démographique** des personnes âgées de 65 ans et plus par territoire de CLSC pour la période 2001-2006.

TABLEAU 35
ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE (2001-2006)

TERRITOIRE DE CLSC	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Thérèse-de-Blainville	10 036	10 574	11 112	11 651	12 189	12 727
Jean-Olivier-Chénier	9 179	9 451	9 723	9 995	10 267	10 539
Arthur-Buies	11 457	11 851	12 244	12 638	13 031	13 425
Argenteuil	4 808	4 868	4 928	4 987	5 047	5 107
Pays-d'en-Haut	5 328	5 480	5 632	5 785	5 937	6 089
Trois Vallées	5 728	5 863	5 999	6 134	6 270	6 405
Hautes-Laurentides	4 707	4 849	4 992	5 134	5 277	5 419
Total	51 243	52 937	54 630	56 324	58 017	59 711

Le tableau suivant illustre les écarts en terme de nombre de places en CHSLD selon la fourchette des taux d'hébergement considérée dans les orientations du MSSS, soit de 3,5 % à 4,2 % (projection 2001).

TABLEAU 36
ÉCARTS EN TERME DE NOMBRE DE PLACES (2001)

TERRITOIRE DE CLSC	65+ 2001	LITS PRÉVUS 2001	TAUX PRÉVU 2001	ÉCART SELON 3,5 %	ÉCART SELON 3,6 %	ÉCART SELON 3,7 %	ÉCART SELON 3,8 %	ÉCART SELON 3,9 %	ÉCART SELON 4,0 %	ÉCART SELON 4,1 %	ÉCART SELON 4,2 %
Thérèse-de-Blainville	10 036	347	3,5 %	-4	-14	-24	-34	-44	-54	-64	-75
Jean-Olivier-Chénier	9 179	316	3,4 %	-10	-14	-24	-33	-42	-51	-60	-70
Arthur-Buies	11 457	429	3,7 %	28	17	5	-6	-18	-29	-41	-52
Argenteuil	4 808	170	3,5 %	1	-3	-8	-13	-18	-22	-27	-32
Pays-d'en-Haut	5 328	94	1,8 %	-92	-98	-103	-108	-114	-119	-124	-130
Trois Vallées	5 728	237	4,1 %	36	31	25	19	14	8	2	-4
Hautes-Laurentides	4 707	221	4,7 %	34	52	47	42	37	33	28	23
Total	51 243	1 814	3,5 %	-9	-31	-82	-133	-184	-236	-287	-338

Le tableau suivant illustre les écarts en terme de nombre de places en CHSLD selon la fourchette des taux d'hébergement considérée dans les orientations du MSSS, soit de 3,5 % à 4,2 % (projection 2006).

TABLEAU 37
ÉCARTS EN TERME DE NOMBRE DE PLACES (2006)

TERRITOIRE DE CLSC	65 ANS + 2006	LITS 2001	TAUX 2006	ÉCART 3,5 %	ÉCART 3,6 %	ÉCART 3,7 %	ÉCART 3,8 %	ÉCART 3,9 %	ÉCART 4,0 %	ÉCART 4,1 %	ÉCART 4,2 %
Thérèse-de-Blainville	12 727	347	2,7%	-98	-111	-124	-137	-149	-162	-175	-188
Jean-Olivier-Chénier	10 539	311	3,0%	-58	-68	-79	-89	-100	-111	-121	-132
Arthur-Buies	13 425	429	3,2%	-41	-54	-68	-81	-95	-108	-121	-135
Argenteuil	5 107	169	3,3%	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45
Pays-d'en-Haut	6 089	94	1,5%	-119	-125	-131	-137	-143	-150	-156	-162
Trois Vallées	6 405	236	3,7%	12	5	-1	-7	-14	-20	-27	-33
Hautes-Laurentides	5 419	199	3,7%	9	4	-2	-7	-12	-18	-23	-29
Total	59 711	1 785	3,0%	-305	-365	-424	-484	-544	-603	-663	-723

8. *SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE*

Le développement du programme d'hébergement permanent aura un impact sur la formation du personnel des CHSLD qui dispense des services à la clientèle hébergée.

Ainsi, il faudra habiliter le personnel à desservir un nombre grandissant d'usagers hébergés avec des problématiques particulières telles que les problèmes de mobilité physique, les atteintes cognitives, les troubles de comportement ainsi que les situations propres aux adultes de moins de 65 ans.

L'alourdissement des clientèles à l'admission entraînera un roulement plus grand de la clientèle hébergée. Le personnel devra donc s'adapter à cette nouvelle réalité.

Le personnel sera appelé à desservir de plus en plus d'usagers nécessitant des traitements particuliers et qui se retrouvaient auparavant en milieu hospitalier; il devra donc être formé aux nouvelles techniques de soins . De même, la clientèle en soins palliatifs entraînera un besoin de formation sur l'approche aux mourants.

Chacun des CHSLD aura à analyser les besoins des diverses clientèles desservies par ces programmes et à y répondre le mieux possible tout en assurant la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme d'hébergement permanent implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CHSLD et les autres partenaires du réseau de services intégrés, en particulier le guichet unique des CLSC et les services gériatriques des centres hospitaliers afin d'assurer une continuité et une complémentarité des services à la clientèle.

Le développement du programme d'hébergement permanent aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des services offerts et les impliquer dans le plan d'intervention qui les concerne.

On retrouvera dans les deux tableaux suivants les différentes mesures à mettre en place pour améliorer la situation actuelle ainsi que le plan d'action à mettre de l'avant.

TABLEAU 38
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Rehaussement du taux de réponse aux besoins de 70 % vers 75 %	Budget d'alourdissement	À déterminer
Rehaussement du taux d'hébergement de 3,5 % vers 4,2 %	Ajout de lits dans les territoires concernés	À déterminer
Personnel bien formé pour les programmes spécifiques à certaines clientèles (ex. : problèmes cognitifs, troubles de comportement, jeunes adultes, soins palliatifs)	Programme de formation	
Mécanismes de liaison avec les partenaires bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des partenaires	
Mécanismes de références standardisés entre les partenaires	Utilisation d'un outil standardisé de transmission d'informations aux partenaires	
Clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie et leur famille bien informées sur les services disponibles	Processus d'information pour la clientèle âgée hébergée et leur famille	
Indicateurs de performance standardisés et validés	Élaboration d'indicateurs de performance	

TABLEAU 37
ÉCARTS EN TERME DE NOMBRE DE PLACES (2006)

TERRITOIRE DE CLSC	65 ANS + 2006	LITS 2001	TAUX 2006	ÉCART 3,5 %	ÉCART 3,6 %	ÉCART 3,7 %	ÉCART 3,8 %	ÉCART 3,9 %	ÉCART 4,0 %	ÉCART 4,1 %	ÉCART 4,2 %
Thérèse-de-Blainville	12 727	347	2,7%	-98	-111	-124	-137	-149	-162	-175	-188
Jean-Olivier-Chénier	10 539	311	3,0%	-58	-68	-79	-89	-100	-111	-121	-132
Arthur-Buies	13 425	429	3,2%	-41	-54	-68	-81	-95	-108	-121	-135
Argenteuil	5 107	169	3,3%	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45
Pays-d'en-Haut	6 089	94	1,5%	-119	-125	-131	-137	-143	-150	-156	-162
Trois Vallées	6 405	236	3,7%	12	5	-1	-7	-14	-20	-27	-33
Hautes-Laurentides	5 419	199	3,7%	9	4	-2	-7	-12	-18	-23	-29
Total	59 711	1 785	3,0%	-305	-365	-424	-484	-544	-603	-663	-723

8. SITUATION ACTUELLE ET SITUATION VISÉE

Le développement du programme d'hébergement permanent aura un impact sur la formation du personnel des CHSLD qui dispense des services à la clientèle hébergée.

Ainsi, il faudra habiliter le personnel à desservir un nombre grandissant d'usagers hébergés avec des problématiques particulières telles que les problèmes de mobilité physique, les atteintes cognitives, les troubles de comportement ainsi que les situations propres aux adultes de moins de 65 ans.

L'alourdissement des clientèles à l'admission entraînera un roulement plus grand de la clientèle hébergée. Le personnel devra donc s'adapter à cette nouvelle réalité.

Le personnel sera appelé à desservir de plus en plus d'usagers nécessitant des traitements particuliers et qui se retrouvaient auparavant en milieu hospitalier; il devra donc être formé aux nouvelles techniques de soins . De même, la clientèle en soins palliatifs entraînera un besoin de formation sur l'approche aux mourants.

Chacun des CHSLD aura à analyser les besoins des diverses clientèles desservies par ces programmes et à y répondre le mieux possible tout en assurant la meilleure qualité de vie possible.

Le développement du programme d'hébergement permanent implique également l'amélioration des mécanismes de liaison entre les CHSLD et les autres partenaires du réseau de services intégrés, en particulier le guichet unique des CLSC et les services gériatriques des centres hospitaliers afin d'assurer une continuité et une complémentarité des services à la clientèle.

Le développement du programme d'hébergement permanent aura aussi des impacts sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faudra donc mettre en place des moyens pour informer les usagers et leur famille des services offerts et les impliquer dans le plan d'intervention qui les concerne.

On retrouvera dans les deux tableaux suivants les différentes mesures à mettre en place pour améliorer la situation actuelle ainsi que le plan d'action à mettre de l'avant.

TABLEAU 38
SITUATION VISÉE

SITUATION VISÉE	MESURES	COÛT
Rehaussement du taux de réponse aux besoins de 70 % vers 75 %	Budget d'alourdissement	À déterminer
Rehaussement du taux d'hébergement de 3,5 % vers 4,2 %	Ajout de lits dans les territoires concernés	À déterminer
Personnel bien formé pour les programmes spécifiques à certaines clientèles (ex. : problèmes cognitifs, troubles de comportement, jeunes adultes, soins palliatifs)	Programme de formation	
Mécanismes de liaison avec les partenaires bien articulés	Identification d'agents de liaison au niveau de chacun des partenaires	
Mécanismes de références standardisés entre les partenaires	Utilisation d'un outil standardisé de transmission d'informations aux partenaires	
Clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie et leur famille bien informées sur les services disponibles	Processus d'information pour la clientèle âgée hébergée et leur famille	
Indicateurs de performance standardisés et validés	Élaboration d'indicateurs de performance	

TABLEAU 39
PLAN D'ACTION

Objectif général : augmenter l'offre de services en hébergement permanent pour la clientèle âgée en perte d'autonomie afin de favoriser une meilleure accessibilité pour les cas en attente et une meilleure réponse aux besoins pour les cas hébergés

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES
Maintenir le taux de réponse aux besoins au moins à 70 % et le rehausser si possible vers 75 %	Réviser les bases budgétaires des CHSLD	Régie régionale	CHSLD
Ajouter de nouvelles places en hébergement permanent dans les territoires problématiques en terme de liste et de durée d'attente	Réviser la planification des lits d'ici 2001 dans les territoires concernés	Régie régionale	CHSLD CLSC CHCD
Développer des programmes de services spécifiques pour des clientèles ayant des besoins particuliers tels : • problèmes de mobilité physique • problèmes cognitifs • troubles de comportement • jeunes adultes • soins palliatifs	Élaborer des programmations types au niveau régional Implanter les programmations dans chacun des CHSLD concernés	Régie régionale	CHSLD
Développer l'approche interdisciplinaire autour des plans d'intervention individualisés	Implanter un programme de formation à l'approche interdisciplinaire	Régie régionale	CHSLD
Former le personnel pour les programmes de services aux clientèles spécifiques	Implanter un programme de formation pour le personnel infirmier, les préposés et le personnel de réadaptation	CHSLD	
Établir des mécanismes de liaison entre les partenaires concernés	Identifier des agents de liaison au niveau des partenaires concernés	CHSLD	CLSC CHCD
Établir des mécanismes de références standardisés entre les partenaires	Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux partenaires (grille multi-clientèle)	CHSLD	CLSC CHCD
Informer la clientèle âgée et leur famille sur les services d'hébergement disponibles en CHSLD	• Élaborer des outils d'information destinés à la clientèle hébergée et à leur famille • Assurer leur diffusion	CHSLD	
Effectuer le suivi du programme d'hébergement permanent en CHSLD	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque bassin • Assurer le suivi régional via le comité de travail sur l'hébergement temporaire • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés	CHSLD Comité de coordination Comité de travail régional	CHCD CLSC

9. SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi de l'implantation de la programmation d'hébergement permanent en CHSLD sera assuré par le comité de travail qui a élaboré le document d'orientations générales.

Le comité se réunira régulièrement durant la phase d'implantation. Par la suite, il se réunira au moins deux fois par année pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs s'il y a lieu. Il pourrait s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin.

Ses recommandations seront acheminées au comité des présidents des comités de coordination du réseau de services intégrés.

Il faudra également assurer une évaluation périodique de la performance du programme afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience dans le cadre des objectifs du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

- Indicateurs

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du programme d'hébergement permanent en CHSLD sont les suivants :

- volume d'usagers du 1er avril au 31 mars de chaque année;
- volume d'usagers en attente au 31 mars de chaque année;
- délai moyen d'attente;
- durée moyenne de séjour;
- taux d'occupation des lits (jours-présences réels / jours-présences théoriques);
- taux de réponse aux besoins.

TABLEAU 39
PLAN D'ACTION

Objectif général : augmenter l'offre de services en hébergement permanent pour la clientèle âgée en perte d'autonomie afin de favoriser une meilleure accessibilité pour les cas en attente et une meilleure réponse aux besoins pour les cas hébergés

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIVITÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES
Maintenir le taux de réponse aux besoins au moins à 70 % et le rehausser si possible vers 75 %	Réviser les bases budgétaires des CHSLD	Régie régionale	CHSLD
Ajouter de nouvelles places en hébergement permanent dans les territoires problématiques en terme de liste et de durée d'attente	Réviser la planification des lits d'ici 2001 dans les territoires concernés	Régie régionale	CHSLD CLSC CHCD
Développer des programmes de services spécifiques pour des clientèles ayant des besoins particuliers tels : • problèmes de mobilité physique • problèmes cognitifs • troubles de comportement • jeunes adultes • soins palliatifs	Élaborer des programmations types au niveau régional Implanter les programmations dans chacun des CHSLD concernés	Régie régionale	CHSLD
Développer l'approche interdisciplinaire autour des plans d'intervention individualisés	Implanter un programme de formation à l'approche interdisciplinaire	Régie régionale	CHSLD
Former le personnel pour les programmes de services aux clientèles spécifiques	Implanter un programme de formation pour le personnel infirmier, les préposés et le personnel de réadaptation	CHSLD	
Établir des mécanismes de liaison entre les partenaires concernés	Identifier des agents de liaison au niveau des partenaires concernés	CHSLD	CLSC CHCD
Établir des mécanismes de références standardisés entre les partenaires	Utiliser un outil standardisé de transmission d'informations aux partenaires (grille multi-clientèle)	CHSLD	CLSC CHCD
Informer la clientèle âgée et leur famille sur les services d'hébergement disponibles en CHSLD	• Élaborer des outils d'information destinés à la clientèle hébergée et à leur famille • Assurer leur diffusion	CHSLD	
Effectuer le suivi du programme d'hébergement permanent en CHSLD	• Assurer le suivi local via le comité de coordination de chaque bassin • Assurer le suivi régional via le comité de travail sur l'hébergement temporaire • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés • Élaborer des indicateurs de performance standardisés et validés	CHSLD Comité de coordination Comité de travail régional	CHCD CLSC

9. SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi de l'implantation de la programmation d'hébergement permanent en CHSLD sera assuré par le comité de travail qui a élaboré le document d'orientations générales.

Le comité se réunira régulièrement durant la phase d'implantation. Par la suite, il se réunira au moins deux fois par année pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs s'il y a lieu. Il pourrait s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin.

Ses recommandations seront acheminées au comité des présidents des comités de coordination du réseau de services intégrés.

Il faudra également assurer une évaluation périodique de la performance du programme afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience dans le cadre des objectifs du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

- Indicateurs

Les indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du programme d'hébergement permanent en CHSLD sont les suivants :

- volume d'usagers du 1er avril au 31 mars de chaque année;
- volume d'usagers en attente au 31 mars de chaque année;
- délai moyen d'attente;
- durée moyenne de séjour;
- taux d'occupation des lits (jours-présences réels / jours-présences théoriques);
- taux de réponse aux besoins.

10. CONCLUSION

L'hébergement permanent constitue un **maillon important** du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie en terme de réseau de bout de ligne pour la clientèle qui ne peut plus être maintenue dans son milieu de vie naturel, malgré le support de son entourage.

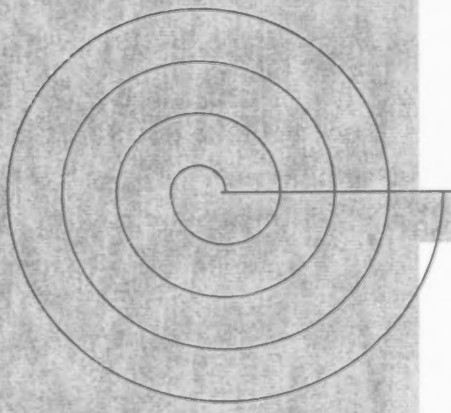
Le **guichet unique** du CLSC constitue la porte d'entrée pour une admission en hébergement permanent. C'est donc dire que la décision d'héberger un usager hospitalisé doit être prise de concert entre le centre hospitalier et le CLSC.

L'**accessibilité** aux services d'hébergement permanent doit être favorisée le plus possible de façon à réduire les délais pour les cas en attente.

Les CHSLD doivent avoir les ressources suffisantes pour assurer une réponse adéquate aux besoins de la clientèle hébergée.

Annexe 7

Réseau de services intégrés
aux personnes âgées
et autres adultes en
perte d'autonomie



Données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques concernant les personnes âgées de 65 ans et plus

PRÉAMBULE

Dans le contexte de l'implantation d'un réseau de services intégrés aux adultes en perte d'autonomie, le présent document présente quelques données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques sur la population âgée de 65 ans et plus qui constitue la clientèle potentielle majoritaire de ce réseau de services intégrés. Les données sont présentées par bassin et par territoire de CLSC.

Les données ont été colligées selon trois grands domaines :

- les **données démographiques** basées sur les projections de population du MSSS.

  Il est à noter que les projections de population sont utilisées pour se faire une idée des besoins futurs mais elles doivent être considérées comme des données approximatives; la précision des projections de population s'affaiblit notamment :

  - lorsqu'on s'éloigne du Moment de la cueillette de données (recensement 1991);
  - lorsqu'on présente les données pour des territoires plus petits (région, bassin, territoire de CLSC);
  - lorsqu'on présente les données pour des sous-groupes de la population (personnes de 65 ans et plus);

- les **données sociosanitaires** basées sur les taux d'incapacité selon l'Enquête sur la santé et sur les limitations d'activités (1991) (ESLA), sur le Tableau de bord sur la gériatrie de l'Info-Centre, sur le Fichier des décès (1995) et sur l'Enquête sociale et de santé (1992-1993);

- les **données socio-économiques** basées sur le Tableau de bord sur la défavorisation de la Direction de la santé publique (D. Sévigny, 1996).

Les données sont présentées par territoire de CLSC et par bassin. Les données pour les deux bassins regroupant deux territoires de CLSC, soit les bassins Thérèse-de-Blainville / Jean-Olivier-Chénier et Pays-d'en-Haut / Trois Vallées apparaissent en caractères italiques afin de faciliter la lecture des tableaux.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES, SOCIOSANITAIRES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

Page

Préambule

1. Données démographiques 1
   - 1.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus 1
   - 1.2 Les personnes âgées de 65 à 74 ans 5
   - 1.3 Les personnes âgées de 75 ans et plus 9

2. Données sociosanitaires 13
   - 2.1 Les besoins de services 13
   - 2.2 Les incapacités 16
   - 2.3 La consommation des services hospitaliers 24
   - 2.4 Les principales causes de décès 31
   - 2.5 La perception de leur santé par les personnes âgées 32

3. Données socio-économiques 34

4. Tableaux synthèse par territoire 38

5. Conclusion 42

Tableaux

Tableau 1 Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus 1
Tableau 2 Taux d'accroissement des personnes âgées de 65 ans et plus 2
Tableau 3 Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus du territoire par rapport à la population totale du territoire 3
Tableau 4 Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus du territoire par rapport à la région 4
Tableau 5 Nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans 5
Tableau 6 Taux d'accroissement des personnes âgées de 65 à 74 ans 6
Tableau 7 Proportion des personnes âgées de 65 à 74 ans du territoire par rapport à la population totale du territoire 7
Tableau 8 Proportion des personnes âgées de 65 à 74 ans du territoire par rapport à la région 8
Tableau 9 Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus 9
Tableau 10 Taux d'accroissement des personnes âgées de 75 ans et plus 10

Tableau 11	Proportion des personnes âgées de 75 ans et plus du territoire par rapport à la population totale du territoire	11
Tableau 12	Proportion des personnes de 75 ans et plus du territoire par rapport à la région	12
Tableau 13	Nombre de personnes âgées en besoin de services de maintien dans le milieu selon le taux de 25 %	14
Tableau 14	Nombre de personnes âgées, nombre de places et taux d'hébergement	15
Tableau 15	Proportion des personnes vivant au sein des ménages et ayant une incapacité	16
Tableau 16	Personnes de 65 à 74 ans vivant au sein des ménages ayant une incapacité selon le taux québécois de 32 %	17
Tableau 17	Personnes de 75 à 84 ans vivant au sein des ménages ayant une incapacité selon le taux québécois de 56,4 %	18
Tableau 18	Personnes de 85 ans et plus vivant au sein des ménages ayant une incapacité selon le taux québécois de 85,1 %	19
Tableau 19	Proportion des personnes âgées ayant une incapacité selon leur milieu de vie	20
Tableau 20	Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité et vivant en ménage et en institution	21
Tableau 21	Nombre estimé de personnes de 65 ans et plus selon la nature de l'incapacité	22
Tableau 22	Répartition des personnes ayant une incapacité et vivant en ménage selon le degré de l'incapacité	23
Tableau 23	Répartition des personnes ayant une incapacité et vivant en institution selon le degré de l'incapacité	23
Tableau 24	Équivalents-lits selon la consommation hospitalière des personnes âgées	24
Tableau 25	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées (1993-1997)	25
Tableau 26	Pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus sur le total des patients sur civière à l'urgence	26
Tableau 27	Principales raisons d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées dans les centres hospitaliers des Laurentides en 1995-1996	27
Tableau 28	Provenance en % des personnes âgées de 65 et plus hospitalisées dans la région des Laurentides selon le territoire de CLSC (1995-1996)	28
Tableau 29	Durée moyenne de séjour en milieu hospitalier en jours (1993-1997)	29
Tableau 30	Taux de rétention par centre hospitalier et par territoire de CLSC chez la population âgée de 65 ans et plus (1996-1997)	30
Tableau 31	Principales causes de décès chez les 65-74 ans et les 75 ans et plus (1995)	31
Tableau 32	Nombre annuel moyen de jours d'incapacité selon le degré et le groupe d'âge	32
Tableau 33	Répartition en pourcentage de la population âgée selon le nombre de médicaments consommés au cours des 2 jours précédant l'enquête	33
Tableau 34	Indice de défavorisation socio-économique	34
Tableau 35	Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans un ménage à faible revenu et recevant le supplément maximum de revenu garanti (SMRG)	35

1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

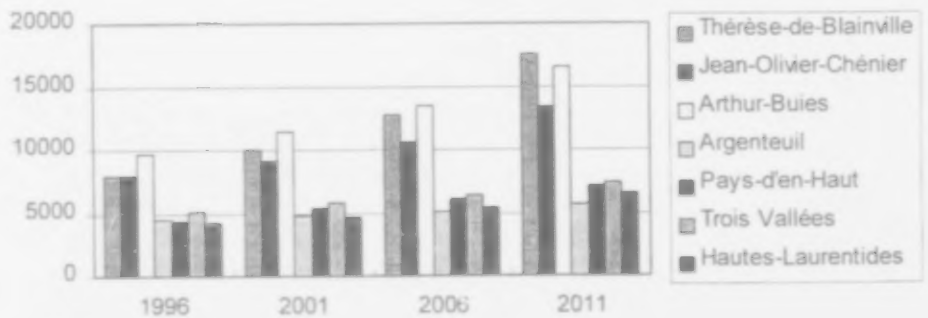
Les données démographiques contenues dans la présente section sont tirées de « Projections de population, MSSS, Service d'analyse statistique, juin 1995 ».

1.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus

Pour la région des Laurentides, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera considérablement au cours des quinze prochaines années, passant de 44 000 en 1996 à 74 000 en 2011.

TABLEAU 1
NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	7 983	10 036	12 727	17 505
Jean-Olivier-Chénier	7 922	9 179	10 539	13 309
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*15 905*	*19 215*	*23 266*	*30 814*
Arthur-Buies	9 658	11 457	13 425	16 450
Argenteuil	4 541	4 808	5 107	5 712
Pays-d'en-Haut	4 388	5 328	6 089	7 143
Trois Vallées	5 121	5 728	6 405	7 416
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*9 509*	*11 056*	*12 494*	*14 559*
Hautes-Laurentides	4 196	4 707	5 419	6 458
Région	43 809	51 243	59 711	73 993



1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

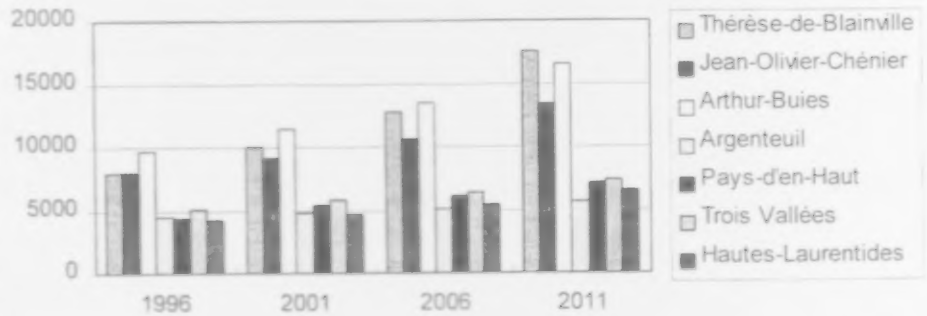
Les données démographiques contenues dans la présente section sont tirées de « Projections de population, MSSS, Service d'analyse statistique, juin 1995 ».

1.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus

Pour la région des Laurentides, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera considérablement au cours des quinze prochaines années, passant de 44 000 en 1996 à 74 000 en 2011.

TABLEAU 1
NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	7 983	10 036	12 727	17 505
Jean-Olivier-Chénier	7 922	9 179	10 539	13 309
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*15 905*	*19 215*	*23 266*	*30 814*
Arthur-Buies	9 658	11 457	13 425	16 450
Argenteuil	4 541	4 808	5 107	5 712
Pays-d'en-Haut	4 388	5 328	6 089	7 143
Trois Vallées	5 121	5 728	6 405	7 416
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*9 509*	*11 056*	*12 494*	*14 559*
Hautes-Laurentides	4 196	4 707	5 419	6 458
Région	43 809	51 243	59 711	73 993

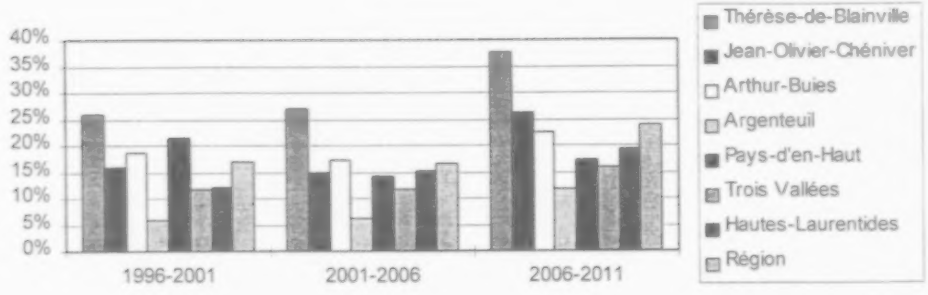


En termes de taux d'accroissement, la population des personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 69 % en quinze ans. L'augmentation se fera sentir dans tous les territoires de CLSC.

TABLEAU 2

TAUX D'ACCROISSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

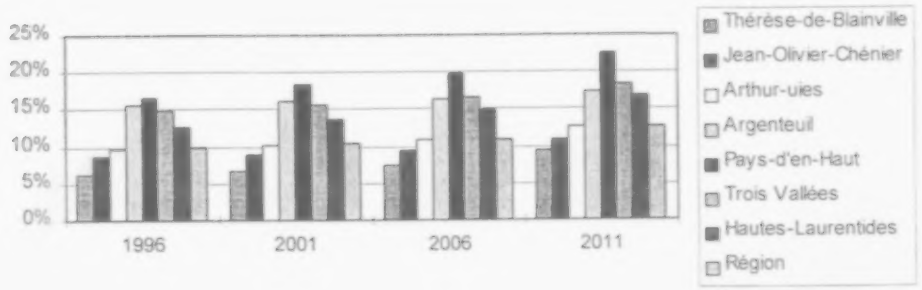
TERRITOIRE	1996-2001	2001-2006	2006-2011	1996-2011
Thérèse-de-Blainville	26 %	27 %	38 %	119 %
Jean-Olivier-Chénier	16 %	15 %	26 %	68 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*21 %*	*21 %*	*32 %*	*94 %*
Arthur-Buies	19 %	17 %	23 %	70 %
Argenteuil	6 %	6 %	12 %	26 %
Pays-d'en-Haut	21 %	14 %	17 %	63 %
Trois Vallées	12 %	12 %	16 %	45 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*16 %*	*13 %*	*17 %*	*53 %*
Hautes-Laurentides	12 %	15 %	19 %	54 %
Région	17 %	17 %	24 %	69 %



La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale passera de 10 % à 13 % d'ici les quinze prochaines années dans l'ensemble de la région. Les quatre territoires de CLSC ruraux maintiendront une proportion plus élevée de personnes âgées par rapport à leur population totale que les trois territoires de CLSC urbains. La proportion des personnes âgées de la région par rapport à la population totale est inférieure à celle du Québec. Ainsi, en 2006, la proportion de la région sera de 11 % par rapport à la proportion du Québec qui sera à 14 %.

TABLEAU 3
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS DU TERRITOIRE
PAR RAPPORT À LA POPULATION TOTALE DU TERRITOIRE

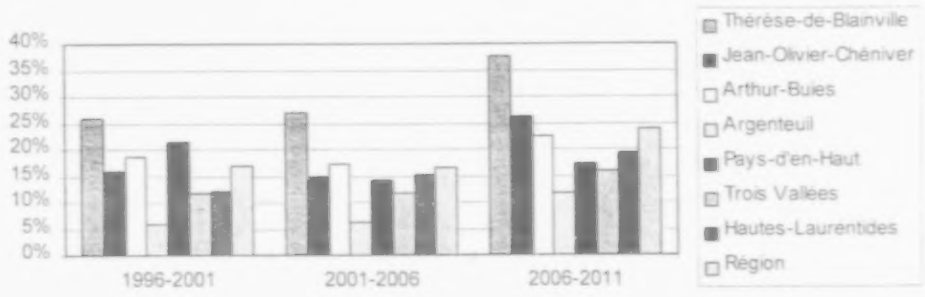
TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	6 %	7 %	7 %	9 %
Jean-Olivier-Chénier	9 %	9 %	9 %	11 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*7 %*	*8 %*	*8 %*	*10 %*
Arthur-Buies	10 %	10 %	11 %	13 %
Argenteuil	16 %	16 %	16 %	17 %
Pays-d'en-Haut	17 %	18 %	20 %	23 %
Trois Vallées	15 %	16 %	17 %	18 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*16 %*	*17 %*	*18 %*	*20 %*
Hautes-Laurentides	13 %	14 %	15 %	17 %
Région	10 %	10 %	11 %	13 %



En termes de taux d'accroissement, la population des personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 69 % en quinze ans. L'augmentation se fera sentir dans tous les territoires de CLSC.

TABLEAU 2
TAUX D'ACCROISSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

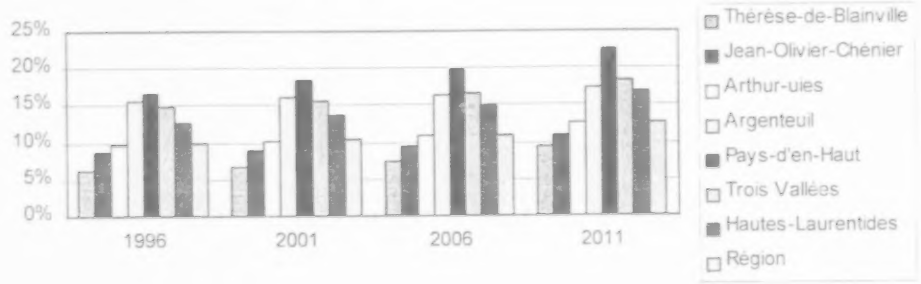
TERRITOIRE	1996-2001	2001-2006	2006-2011	1996-2011
Thérèse-de-Blainville	26 %	27 %	38 %	119 %
Jean-Olivier-Chénier	16 %	15 %	26 %	68 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*21 %*	*21 %*	*32 %*	*94 %*
Arthur-Buies	19 %	17 %	23 %	70 %
Argenteuil	6 %	6 %	12 %	26 %
Pays-d'en-Haut	21 %	14 %	17 %	63 %
Trois Vallées	12 %	12 %	16 %	45 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*16 %*	*13 %*	*17 %*	*53 %*
Hautes-Laurentides	12 %	15 %	19 %	54 %
Région	17 %	17 %	24 %	69 %



La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale passera de 10 % à 13 % d'ici les quinze prochaines années dans l'ensemble de la région. Les quatre territoires de CLSC ruraux maintiendront une proportion plus élevée de personnes âgées par rapport à leur population totale que les trois territoires de CLSC urbains. La proportion des personnes âgées de la région par rapport à la population totale est inférieure à celle du Québec. Ainsi, en 2006, la proportion de la région sera de 11 % par rapport à la proportion du Québec qui sera à 14 %.

TABLEAU 3
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS DU TERRITOIRE
PAR RAPPORT À LA POPULATION TOTALE DU TERRITOIRE

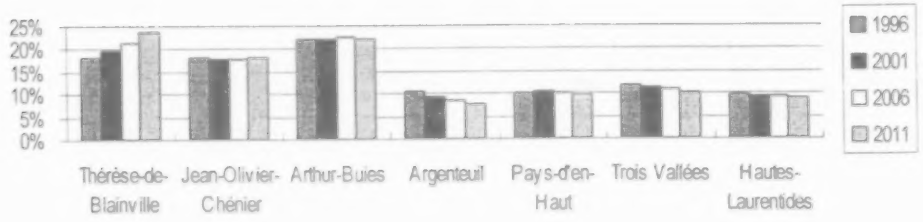
TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	6 %	7 %	7 %	9 %
Jean-Olivier-Chénier	9 %	9 %	9 %	11 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*7 %*	*8 %*	*8 %*	*10 %*
Arthur-Buies	10 %	10 %	11 %	13 %
Argenteuil	16 %	16 %	16 %	17 %
Pays-d'en-Haut	17 %	18 %	20 %	23 %
Trois Vallées	15 %	16 %	17 %	18 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*16 %*	*17 %*	*18 %*	*20 %*
Hautes-Laurentides	13 %	14 %	15 %	17 %
Région	10 %	10 %	11 %	13 %



Quant à la proportion des personnes âgées de chaque territoire par rapport à l'ensemble des personnes âgées de la région, le poids relatif du territoire de Thérèse-de-Blainville ira en augmentant, celui de Jean-Olivier-Chénier, d'Arthur-Buies et de Pays-d'en-Haut demeurera stable et celui des trois autres territoires de CLSC ira en diminuant.

TABLEAU 4
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS
DU TERRITOIRE PAR RAPPORT À LA RÉGION

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	18 %	20 %	21 %	24 %
Jean-Olivier-Chénier	18 %	18 %	18 %	18 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*36 %*	*37 %*	*39 %*	*42 %*
Arthur-Buies	22 %	22 %	22 %	22 %
Argenteuil	10 %	9 %	9 %	8 %
Pays-d'en-Haut	10 %	10 %	10 %	10 %
Trois Vallées	12 %	11 %	11 %	10 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*22 %*	*22 %*	*21 %*	*20 %*
Hautes-Laurentides	10 %	9 %	9 %	9 %
Région	100 %	100 %	100 %	100 %



On peut subdiviser la population des 65 ans et plus en deux grandes catégories d'âges :

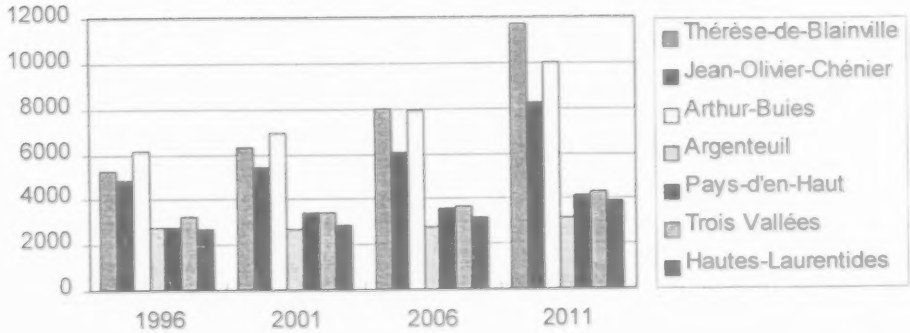
- les personnes âgées de 65 à 74 ans;
- les personnes âgées de 75 ans et plus.

1.2 *Les personnes âgées de 65 à 74 ans*

Le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans augmentera considérablement au cours des quinze prochaines années, passant de 27 800 en 1996 à plus de 45 000 en 2011.

TABLEAU 5
NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

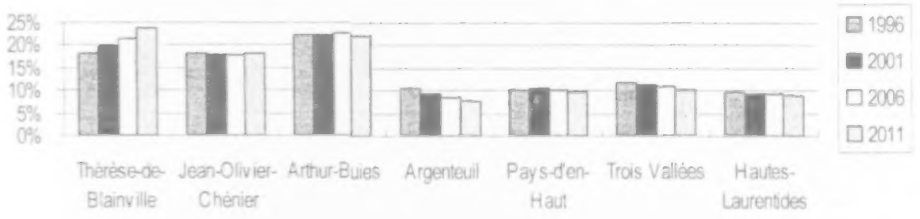
TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	5 197	6 275	7 993	11 717
Jean-Olivier-Chénier	4 846	5 375	6 046	8 181
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*10 043*	*11 650*	*14 039*	*19 898*
Arthur-Buies	6 157	6 948	7 907	9 984
Argenteuil	2 759	2 690	2 711	3 115
Pays-d'en-Haut	3 015	3 404	3 527	4 072
Trois Vallées	3 195	3 373	3 609	4 260
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*6 210*	*6 777*	*7 136*	*8 332*
Hautes-Laurentides	2 679	2 836	3 177	3 860
Région	27 848	30 901	34 970	45 189



Quant à la proportion des personnes âgées de chaque territoire par rapport à l'ensemble des personnes âgées de la région, le poids relatif du territoire de Thérèse-de-Blainville ira en augmentant, celui de Jean-Olivier-Chénier, d'Arthur-Buies et de Pays-d'en-Haut demeurera stable et celui des trois autres territoires de CLSC ira en diminuant.

TABLEAU 4
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS
DU TERRITOIRE PAR RAPPORT À LA RÉGION

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	18 %	20 %	21 %	24 %
Jean-Olivier-Chénier	18 %	18 %	18 %	18 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*36 %*	*37 %*	*39 %*	*42 %*
Arthur-Buies	22 %	22 %	22 %	22 %
Argenteuil	10 %	9 %	9 %	8 %
Pays-d'en-Haut	10 %	10 %	10 %	10 %
Trois Vallées	12 %	11 %	11 %	10 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*22 %*	*22 %*	*21 %*	*20 %*
Hautes-Laurentides	10 %	9 %	9 %	9 %
Région	100 %	100 %	100 %	100 %



On peut subdiviser la population des 65 ans et plus en deux grandes catégories d'âges :

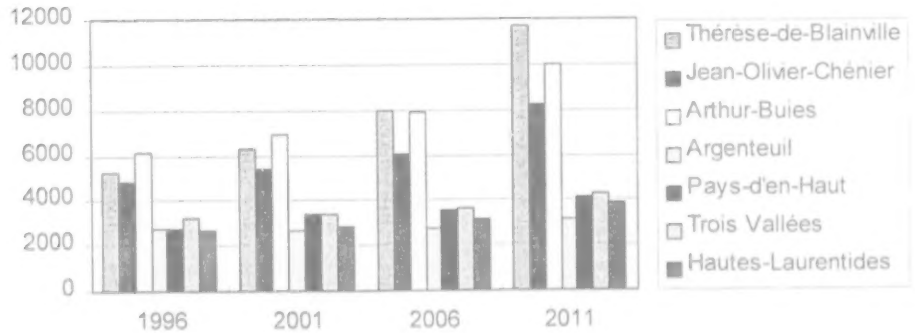
- les personnes âgées de 65 à 74 ans;
- les personnes âgées de 75 ans et plus.

1.2 *Les personnes âgées de 65 à 74 ans*

Le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans augmentera considérablement au cours des quinze prochaines années, passant de 27 800 en 1996 à plus de 45 000 en 2011.

TABLEAU 5
NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

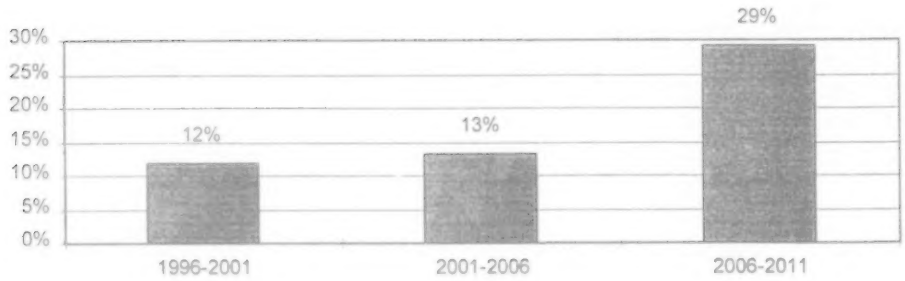
TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	5 197	6 275	7 993	11 717
Jean-Olivier-Chénier	4 846	5 375	6 046	8 181
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*10 043*	*11 650*	*14 039*	*19 898*
Arthur-Buies	6 157	6 948	7 907	9 984
Argenteuil	2 759	2 690	2 711	3 115
Pays-d'en-Haut	3 015	3 404	3 527	4 072
Trois Vallées	3 195	3 373	3 609	4 260
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*6 210*	*6 777*	*7 136*	*8 332*
Hautes-Laurentides	2 679	2 836	3 177	3 860
Région	27 848	30 901	34 970	45 189



En termes de taux d'accroissement, la population des personnes âgées de 65 à 74 ans augmentera de 64 % en quinze ans. L'augmentation se fera sentir dans tous les territoires de CLSC.

TABLEAU 6
TAUX D'ACCROISSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

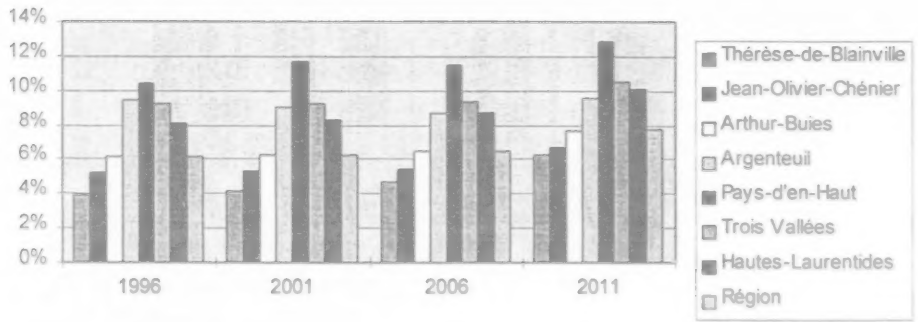
TERRITOIRE	1996-2001	2001-2006	2006-2011	1996-2011
Thérèse-de-Blainville	21 %	27 %	47 %	125 %
Jean-Olivier-Chénier	11 %	12 %	35 %	69 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*16 %*	*21 %*	*42 %*	*98 %*
Arthur-Buies	13 %	14 %	26 %	62 %
Argenteuil	-3 %	1 %	15 %	13 %
Pays-d'en-Haut	13 %	4 %	15 %	35 %
Trois Vallées	6 %	7 %	18 %	33 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*9 %*	*5 %*	*17 %*	*40 %*
Hautes-Laurentides	6 %	12 %	21 %	44 %
Région	11 %	13 %	29 %	62 %



La proportion des personnes âgées de 65 à 74 ans par rapport à la population totale passera de 6 % à 8 % d'ici les quinze prochaines années dans l'ensemble de la région. Les territoires de CLSC ruraux maintiendront une proportion plus élevée de personnes âgées de 65 à 74 ans par rapport à leur population totale que les territoires de CLSC urbains.

TABLEAU 7
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS DU TERRITOIRE
PAR RAPPORT À LA POPULATION TOTALE DU TERRITOIRE

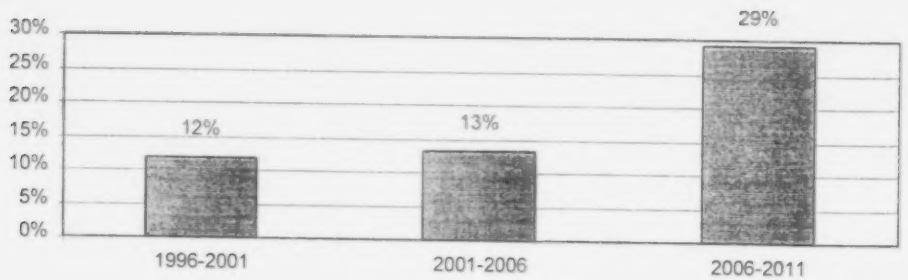
TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	4 %	4 %	5 %	6 %
Jean-Olivier-Chénier	5 %	5 %	5 %	7 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*4 %*	*5 %*	*5 %*	*6 %*
Arthur-Buies	6 %	6 %	6 %	8 %
Argenteuil	9 %	9 %	9 %	10 %
Pays-d'en-Haut	11 %	12 %	11 %	13 %
Trois Vallées	9 %	9 %	9 %	11 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*10 %*	*10 %*	*10 %*	*12 %*
Hautes-Laurentides	8 %	8 %	9 %	10 %
Région	6 %	6 %	6 %	8 %



En termes de taux d'accroissement, la population des personnes âgées de 65 à 74 ans augmentera de 64 % en quinze ans. L'augmentation se fera sentir dans tous les territoires de CLSC.

TABLEAU 6
TAUX D'ACCROISSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

TERRITOIRE	1996-2001	2001-2006	2006-2011	1996-2011
Thérèse-de-Blainville	21 %	27 %	47 %	125 %
Jean-Olivier-Chénier	11 %	12 %	35 %	69 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*16 %*	*21 %*	*42 %*	*98 %*
Arthur-Buies	13 %	14 %	26 %	62 %
Argenteuil	-3 %	1 %	15 %	13 %
Pays-d'en-Haut	13 %	4 %	15 %	35 %
Trois Vallées	6 %	7 %	18 %	33 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*9 %*	*5 %*	*17 %*	*40 %*
Hautes-Laurentides	6 %	12 %	21 %	44 %
Région	11 %	13 %	29 %	62 %

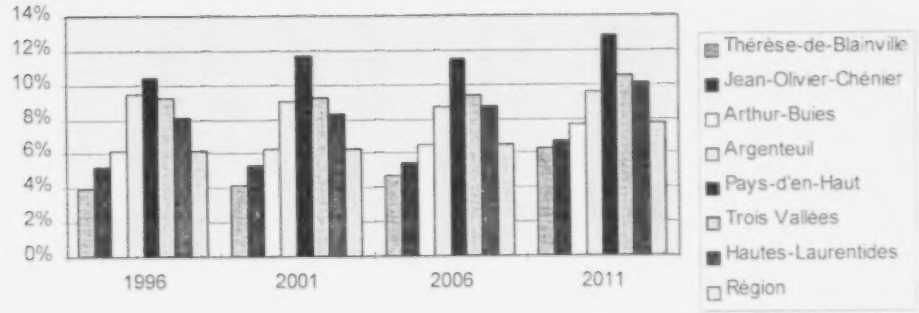


La proportion des personnes âgées de 65 à 74 ans par rapport à la population totale passera de 6 % à 8 % d'ici les quinze prochaines années dans l'ensemble de la région. Les territoires de CLSC ruraux maintiendront une proportion plus élevée de personnes âgées de 65 à 74 ans par rapport à leur population totale que les territoires de CLSC urbains.

TABLEAU 7

PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS DU TERRITOIRE PAR RAPPORT À LA POPULATION TOTALE DU TERRITOIRE

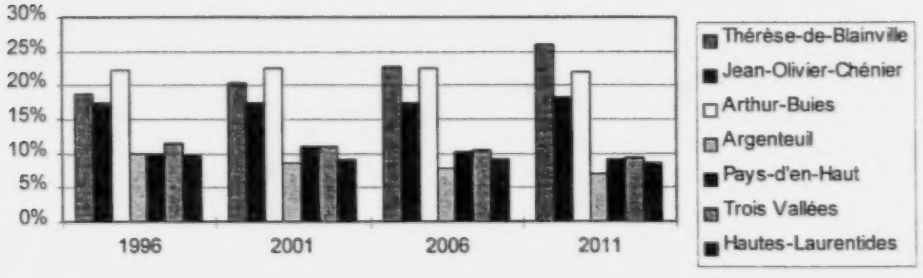
TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	4 %	4 %	5 %	6 %
Jean-Olivier-Chénier	5 %	5 %	5 %	7 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*4 %*	*5 %*	*5 %*	*6 %*
Arthur-Buies	6 %	6 %	6 %	8 %
Argenteuil	9 %	9 %	9 %	10 %
Pays-d'en-Haut	11 %	12 %	11 %	13 %
Trois Vallées	9 %	9 %	9 %	11 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*10 %*	*10 %*	*10 %*	*12 %*
Hautes-Laurentides	8 %	8 %	9 %	10 %
Région	6 %	6 %	6 %	8 %



Quant à la proportion des personnes âgées de 65 à 74 ans de chaque territoire par rapport à l'ensemble des personnes de cette catégorie d'âges de la région, le poids relatif du territoire de Thérèse-de-Blainville ira en augmentant, celui d'Arthur-Buies et de Jean-Olivier-Chénier demeurera stable et celui des quatre autres territoires de CLSC ira en diminuant.

TABLEAU 8
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS
DU TERRITOIRE PAR RAPPORT À LA RÉGION

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	19 %	20 %	23 %	26 %
Jean-Olivier-Chénier	17 %	17 %	17 %	18 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*36 %*	*38 %*	*40 %*	*44 %*
Arthur-Buies	22 %	22 %	23 %	22 %
Argenteuil	10 %	9 %	8 %	7 %
Pays-d'en-Haut	11 %	11 %	10 %	9 %
Trois Vallées	11 %	11 %	10 %	9 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*22 %*	*22 %*	*20 %*	*18 %*
Hautes-Laurentides	10 %	9 %	9 %	9 %
Région	100 %	100 %	100 %	100 %

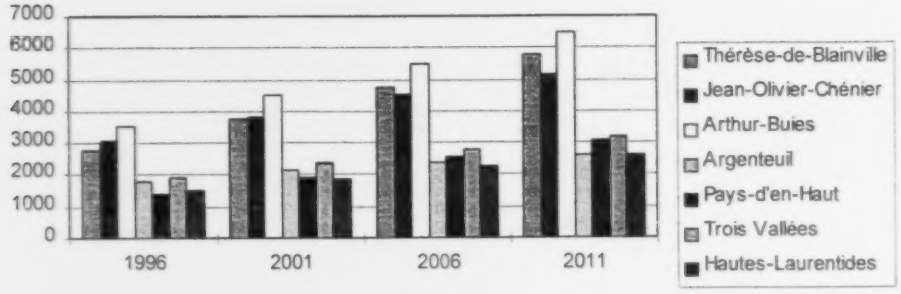


1.3 *Les personnes âgées de 75 ans et plus*

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus augmentera considérablement au cours des quinze prochaines années, passant à près de 16 000 en 1996 à 29 000 en 2011.

TABLEAU 9
NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS

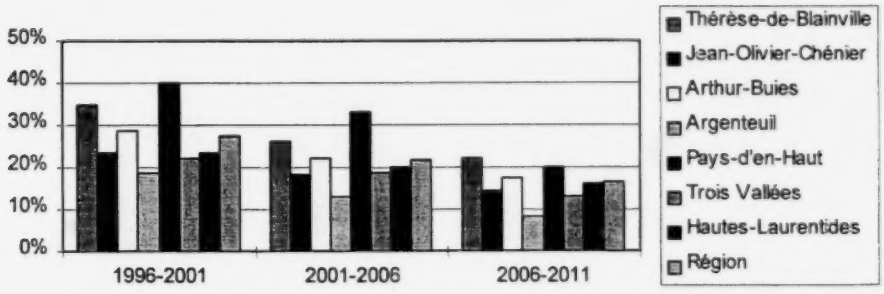
TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	2 786	3 761	4 734	5 788
Jean-Olivier-Chénier	3 076	3 804	4 493	5 128
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier--Chénier	*5 862*	*7 565*	*9 227*	*10 916*
Arthur-Buies	3 501	4 509	5 518	6 466
Argenteuil	1 782	2 118	2 396	2 597
Pays-d'en-Haut	1 373	1 924	2 562	3 071
Trois Vallées	1 926	2 355	2 796	3 156
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*3 299*	*4 279*	*5 358*	*6 227*
Hautes-Laurentides	1 517	1 871	2 242	2 598
Région	15 961	20 342	24 741	28 804



En termes de taux d'accroissement, la population des personnes âgées de 75 ans et plus augmentera de 80 % en quinze ans dans l'ensemble de la région. L'augmentation se fera sentir dans tous les territoires de CLSC.

TABLEAU 10
TAUX D'ACCROISSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS

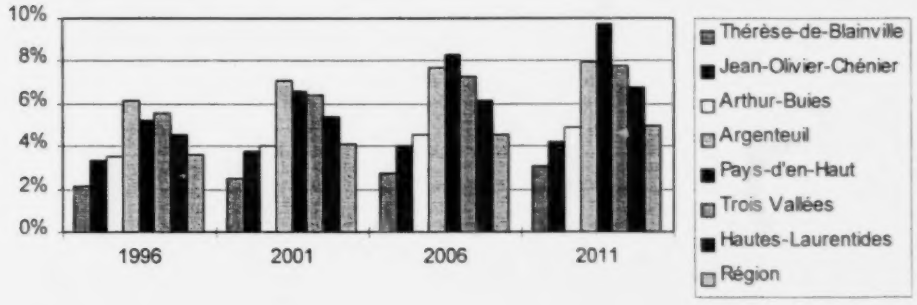
TERRITOIRE	1996-2001	2001-2006	2006-2011	1996-2011
Thérèse-de-Blainville	35 %	26 %	22 %	108 %
Jean-Olivier-Chénier	24 %	18 %	14 %	67 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*29 %*	*22 %*	*18 %*	*86 %*
Arthur-Buies	29 %	22 %	17 %	85 %
Argenteuil	19 %	13 %	8 %	46 %
Pays-d'en-Haut	40 %	33 %	20 %	124 %
Trois Vallées	22 %	19 %	13 %	64 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*30 %*	*25 %*	*16 %*	*89 %*
Hautes-Laurentides	23 %	20 %	16 %	71 %
Région	27 %	22 %	16 %	80 %



La proportion des personnes âgées de 75 ans et plus par rapport à la population totale passera de 4 % à 5 % d'ici les quinze prochaines années dans l'ensemble de la région. Les territoires de CLSC ruraux maintiendront une proportion la plus élevée de personnes âgées de 75 ans et plus par rapport à leur population totale que les territoires de CLSC urbains.

TABLEAU 11
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS DU TERRITOIRE PAR RAPPORT À LA POPULATION TOTALE DU TERRITOIRE

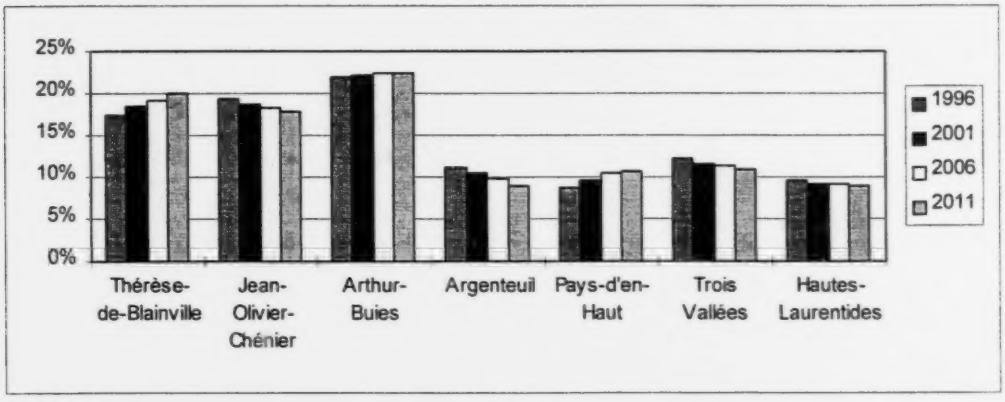
TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	2 %	2 %	3 %	3 %
Jean-Olivier-Chénier	3 %	4 %	4 %	4 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*3 %*	*3 %*	*3 %*	*4 %*
Arthur-Buies	4 %	4 %	5 %	5 %
Argenteuil	6 %	7 %	8 %	8 %
Pays-d'en-Haut	5 %	7 %	8 %	10 %
Trois Vallées	6 %	6 %	7 %	8 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*5 %*	*6 %*	*8 %*	*9 %*
Hautes-Laurentides	5 %	5 %	6 %	7 %
Région	4 %	4 %	5 %	5 %



Quant à la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus de chaque territoire de CLSC par rapport à l'ensemble des personnes âgées de la région, le poids relatif de Thérèse-de-Blainville et de Pays-d'en-Haut ira en augmentant, celui d'Arthur-Buies demeurera stable et celui des quatre autres territoires ira en diminuant.

TABLEAU 12
PROPORTION DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS DU TERRITOIRE PAR RAPPORT À LA RÉGION

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	17 %	18 %	19 %	20 %
Jean-Olivier-Chénier	19 %	19 %	18 %	18 %
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*37 %*	*37 %*	*37 %*	*38 %*
Arthur-Buies	22 %	22 %	22 %	22 %
Argenteuil	11 %	10 %	10 %	9 %
Pays-d'en-Haut	9 %	9 %	10 %	11 %
Trois Vallées	12 %	12 %	11 %	11 %
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*21 %*	*21 %*	*22 %*	*22 %*
Hautes-Laurentides	10 %	9 %	9 %	9 %
Région	100 %	100 %	100 %	100 %



2. *DONNÉES SOCIOSANITAIRES*

2.1 *Les besoins de services*

Selon des estimations du MSSS dans le document intitulé « Rôle et place des ressources institutionnelles dans la réponse aux besoins de services aux adultes » (1982), la population des personnes âgées de 65 ans et plus se répartit ainsi en termes de besoins de services :

- parmi l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus :
  - 39 % n'ont aucun besoin de services
  - 61 % ont besoin de services

- parmi les personnes qui ont besoin de services (61 %) :
  - 55 % ont des besoins ne requérant pas l'admission en CHSLD
  - 6 % ont des besoins pouvant requérir l'admission en CHSLD

- parmi les personnes ne requérant pas l'admission en CHSLD (55 %) :
  - 30 % voient leurs besoins satisfaits par leur entourage
  - 25 % ne voient pas leurs besoins satisfaits par leur entourage

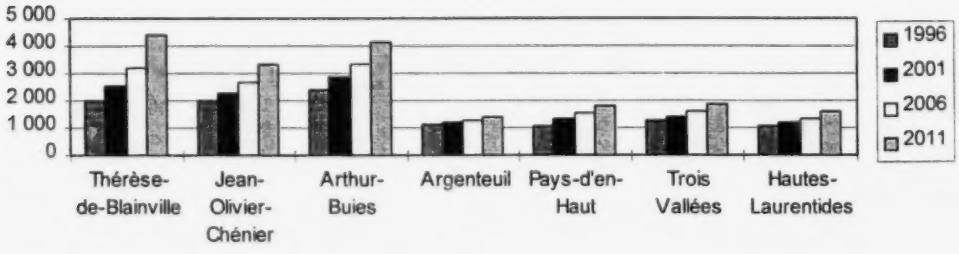
- parmi les personnes pouvant requérir l'admission en CHSLD (6 %) :
  - 1,6 % voient leurs besoins satisfaits par leur entourage
  - 4,4 % ne voient pas leurs besoins satisfaits par leur entourage

À partir de ces estimations, on peut constater que 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus auraient besoin de services de maintien dans leur milieu de vie naturel (ex. : soutien à domicile des CLSC, centre de jour ou hôpital de jour, services gériatriques, hébergement temporaire, services communautaires).

En appliquant cette proportion de 25 % aux projections démographiques 1996-2011, on obtient les estimations suivantes pour les personnes en besoin de maintien à domicile.

TABLEAU 13
NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES EN BESOIN DE SERVICES DE MAINTIEN DANS LE MILIEU SELON LE TAUX DE 25 %

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	1 996	2 509	3 182	4 376
Jean-Olivier-Chénier	1 981	2 295	2 635	3 327
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*3 976*	*4 804*	*5 817*	*7 704*
Arthur-Buies	2 415	2 864	3 356	4 113
Argenteuil	1 135	1 202	1 277	1 428
Pays-d'en-Haut	1 097	1 332	1 522	1 786
Trois Vallées	1 280	1 432	1 601	1 854
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*23 77*	*2 764*	*3 124*	*3 640*
Hautes-Laurentides	1 049	1 177	1 355	1 615
Région	10 952	12 811	14 928	18 498



Quant au taux d'hébergement estimé par le MSSS à 4,4 % et révisé depuis selon une fourchette variant entre 3,5 % et 4,2 %, il a été établi à 3,5 % dans la région des Laurentides comme objectif à atteindre en 2001, compte tenu des ressources dont la région dispose en nombre de places d'hébergement permanent et du réseau de services intégrés en implantation en vue du maintien de la population âgée dans leur milieu naturel.

TABLEAU 14

NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES, NOMBRE DE PLACES ET TAUX D'HÉBERGEMENT (PROJECTIONS 2001)

CLSC	65 ANS +	LITS	TAUX D'HÉBERGEMENT
	2001	2001	2001
Thérèse-de-Blainville	10036	347	3,5%
Jean-Olivier-Chénier	9179	311	3,4%
SUD	*19215*	*658*	*3,4%*
Arthur-Buies	11457	429	3,7%
Argenteuil	4808	169	3,5%
Pays-d'en-Haut	5328	94	1,8%
Trois Vallées	5728	236	4,1%
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*11056*	*330*	*3,0%*
Hautes-Laurentides	4707	221	4,7%
Région	51243	1807	3,5%

2.2 *Les incapacités*

Les données sur les incapacités contenues dans les tableaux de cette section sont tirées de « Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991, Tableaux d'appoint Québec, Statistique Canada, octobre 1992 » (ESLA).

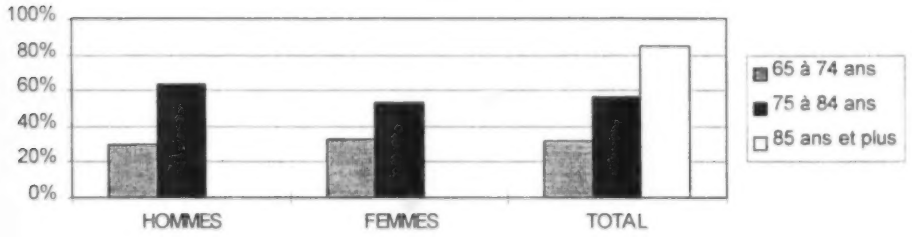
L'incapacité est définie comme une **limitation fonctionnelle** telle que perçue par les répondants. Cette limitation fonctionnelle peut s'appliquer aux domaines suivants : mobilité, agilité, vision, audition, élocution, déficience intellectuelle, difficultés d'apprentissage, problème de santé mentale.

Le tableau suivant indique que la proportion des personnes vivant au sein des ménages au Québec ayant une incapacité augmente en fonction de l'âge et varie également en fonction du sexe.

TABLEAU 15

PROPORTION DES PERSONNES VIVANT AU SEIN DES MÉNAGES ET AYANT UNE INCAPACITÉ

GROUPES D'ÂGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
65 à 74 ans	30,1 %	33,1 %	32 %
75 à 84 ans	62,9 %	52,9 %	56,4 %
85 ans et plus	n/d	n/d	85,1 %



Les personnes ayant une incapacité sont celles qui, au moment de l'enquête, étaient restreintes dans le genre ou la quantité d'activités à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé. En appliquant ces taux d'incapacité aux projections démographiques par territoire de CLSC entre 1996 et 2011, on obtient les trois tableaux suivants.

2.2 *Les incapacités*

Les données sur les incapacités contenues dans les tableaux de cette section sont tirées de « Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991, Tableaux d'appoint Québec, Statistique Canada, octobre 1992 » (ESLA).

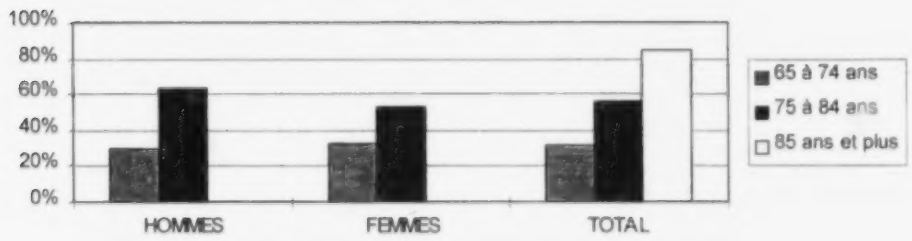
L'incapacité est définie comme une **limitation fonctionnelle** telle que perçue par les répondants. Cette limitation fonctionnelle peut s'appliquer aux domaines suivants : mobilité, agilité, vision, audition, élocution, déficience intellectuelle, difficultés d'apprentissage, problème de santé mentale.

Le tableau suivant indique que la proportion des personnes vivant au sein des ménages au Québec ayant une incapacité augmente en fonction de l'âge et varie également en fonction du sexe.

TABLEAU 15

PROPORTION DES PERSONNES VIVANT AU SEIN DES MÉNAGES ET AYANT UNE INCAPACITÉ

GROUPES D'ÂGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
65 à 74 ans	30,1 %	33,1 %	32 %
75 à 84 ans	62,9 %	52,9 %	56,4 %
85 ans et plus	n/d	n/d	85,1 %



Les personnes ayant une incapacité sont celles qui, au moment de l'enquête, étaient restreintes dans le genre ou la quantité d'activités à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé. En appliquant ces taux d'incapacité aux projections démographiques par territoire de CLSC entre 1996 et 2011, on obtient les trois tableaux suivants.

Il est à noter que la taille de l'échantillon de l'enquête ESLA ne permet des estimations fiables qu'à l'échelle du Canada, des provinces et de certaines régions métropolitaines (Lynch, 1995). Par conséquent, les présentes estimations aux échelles régionale et par territoire de CLSC doivent être comprises dans le cadre de cette limite méthodologique.

TABLEAU 16

PERSONNES DE 65 À 74 ANS VIVANT AU SEIN DES MÉNAGES AYANT UNE INCAPACITÉ SELON LE TAUX QUÉBÉCOIS DE 32 %

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	1 663	2 008	2 558	3 749
Jean-Olivier-Chénier	1 551	1 720	1 935	2 618
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*3 214*	*3 728*	*4 492*	*6 367*
Arthur-Buies	1 970	2 223	2 530	3 195
Argenteuil	883	861	868	997
Pays-d'en-Haut	965	1 089	1 129	1 303
Trois Vallées	1 022	1 079	1 155	1 363
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*1 905*	*2 169*	*2 284*	*2 666*
Hautes-Laurentides	857	908	1 017	1 235
Région	8 911	9 888	11 190	14 460

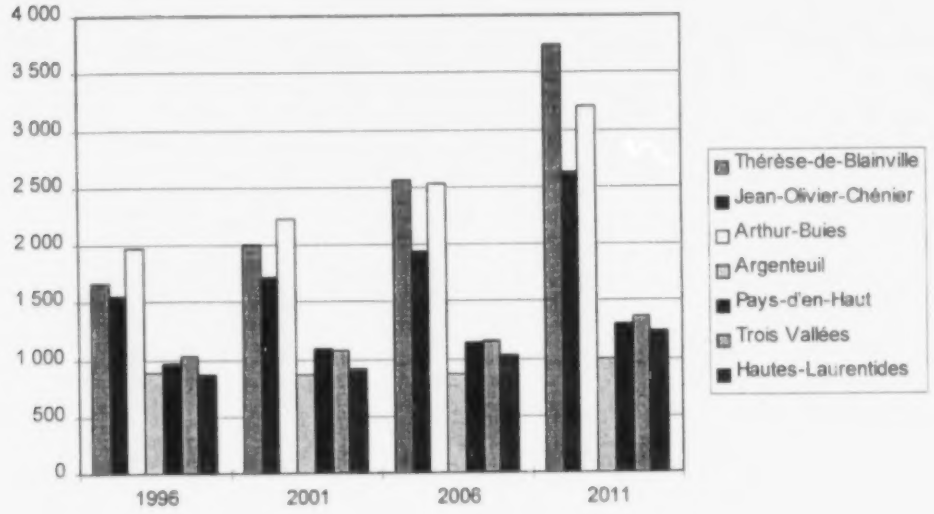


TABLEAU 17
PERSONNES DE 75 À 84 ANS VIVANT AU SEIN DES MÉNAGES AYANT UNE INCAPACITÉ
SELON LE TAUX QUÉBÉCOIS DE 56,4 %

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	1 267	1 682	2 082	2 489
Jean-Olivier-Chénier	1 394	1 662	1 918	2 119
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*2 661*	*3 344*	*3 999*	*4 608*
Arthur-Buies	1 580	1 999	2 418	2 733
Argenteuil	768	913	1 011	1 045
Pays-d'en-Haut	608	874	1 176	1 329
Trois Vallées	848	1 038	1 219	1 311
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*1 456*	*1 911*	*2 395*	*2 640*
Hautes-Laurentides	693	827	980	1 094
Région	7 158	8 995	10 802	12 119

Le taux d'incapacité québécois de 56,4 % chez les 75 à 84 ans s'établit selon les sexes à 52,9 % chez les femmes et à 62,9 % chez les hommes.

Le taux d'incapacité québécois de 85,1 % chez les 85 ans et plus n'est pas ventilé selon les sexes.

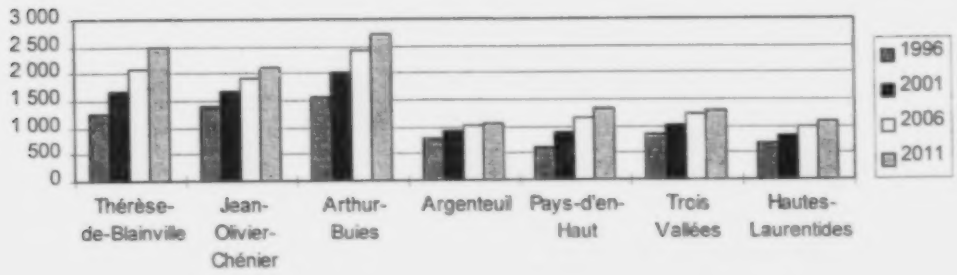
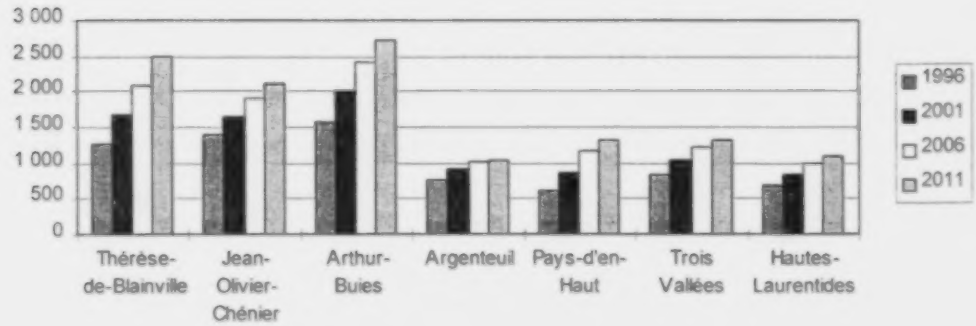


TABLEAU 18

PERSONNES DE 85 ANS ET PLUS VIVANT AU SEIN DES MÉNAGES AYANT UNE INCAPACITÉ SELON LE TAUX QUÉBÉCOIS DE 85,1 %

TERRITOIRE	1996	2001	2006	2011
Thérèse-de-Blainville	460	663	888	1 170
Jean-Olivier-Chénier	514	729	930	1 167
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*974*	*1392*	*1 818*	*2 337*
Arthur-Buies	596	820	1 048	1 379
Argenteuil	357	425	514	634
Pays-d'en-Haut	251	319	406	608
Trois Vallées	359	438	540	707
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*610*	*757*	*946*	*1 316*
Hautes-Laurentides	245	344	430	561
Région	2 782	3 738	4 755	6 226

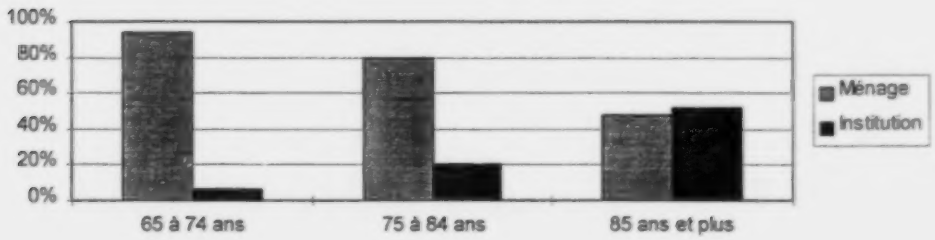


Selon l'enquête ESLA (1991), les personnes âgées ayant une incapacité et vivant au Québec se répartissaient ainsi entre les ménages et les institutions, selon les groupes d'âges. À noter que les institutions incluent les CHSLD, les CHCD, les centres de réadaptation et les résidences privées d'hébergement.

TABLEAU 19

PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES AYANT UNE INCAPACITÉ SELON LEUR MILIEU DE VIE

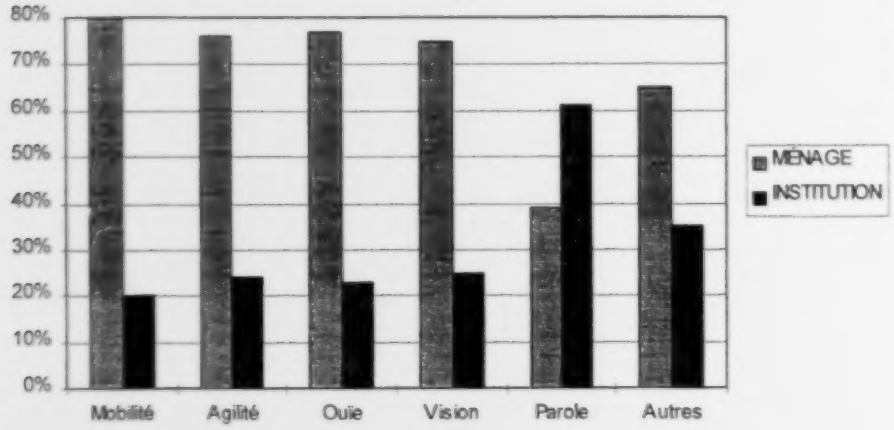
GROUPES D'ÂGE	VIVANT EN MÉNAGE	VIVANT EN INSTITUTION
65 à 74 ans	93,8 %	6,2 %
75 à 84 ans	80,1 %	19,9 %
85 ans et plus	47,6 %	52,4 %



Selon l'enquête ESLA (1991), les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité vivant au sein des ménages et des établissements institutionnels au Québec se répartissaient ainsi selon la nature de l'incapacité. À noter qu'une même personne peut avoir plusieurs incapacités.

TABLEAU 20
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS AVEC INCAPACITÉ
ET VIVANT EN MÉNAGE ET EN INSTITUTION

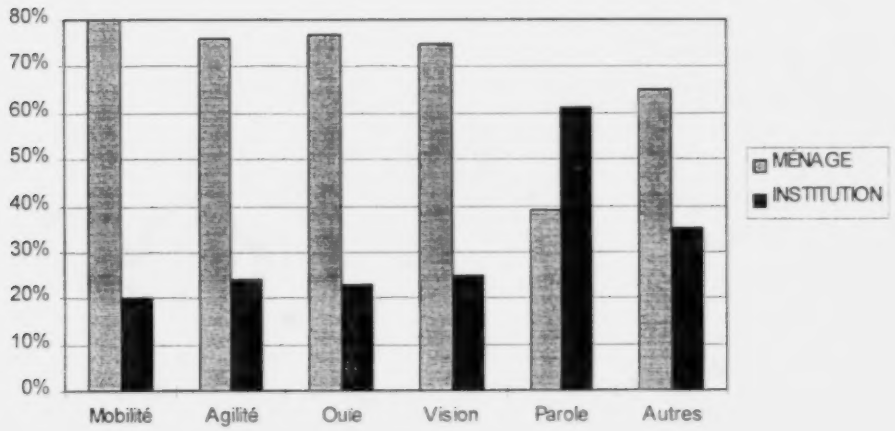
NATURE DE L'INCAPACITÉ	PROPORTION AVEC INCAPACITÉ	PROPORTION VIVANT EN MÉNAGE	PROPORTION VIVANT EN INSTITUTION
Mobilité	73,6 %	80 %	20 %
Agilité	62,5 %	76 %	24 %
Ouïe	32,7 %	77 %	23 %
Vision	26,5 %	75 %	25 %
Parole	7,8 %	39 %	61 %
Autres	28,8 %	65 %	35 %



Selon l'enquête ESLA (1991), les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité vivant au sein des ménages et des établissements institutionnels au Québec se répartissaient ainsi selon la nature de l'incapacité. À noter qu'une même personne peut avoir plusieurs incapacités.

TABLEAU 20
PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS AVEC INCAPACITÉ ET VIVANT EN MÉNAGE ET EN INSTITUTION

NATURE DE L'INCAPACITÉ	PROPORTION AVEC INCAPACITÉ	PROPORTION VIVANT EN MÉNAGE	PROPORTION VIVANT EN INSTITUTION
Mobilité	73,6 %	80 %	20 %
Agilité	62,5 %	76 %	24 %
Ouïe	32,7 %	77 %	23 %
Vision	26,5 %	75 %	25 %
Parole	7,8 %	39 %	61 %
Autres	28,8 %	65 %	35 %

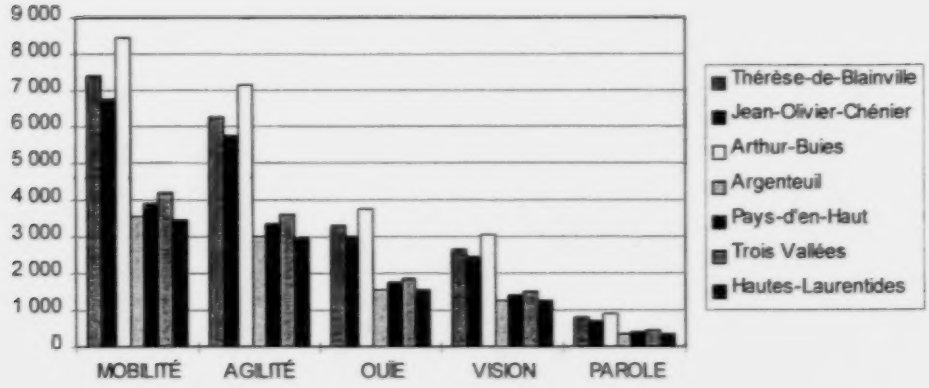


En appliquant ces proportions à la population âgée de 65 ans et plus de chaque territoire de CLSC et de la région (projections 2001), on obtient un nombre approximatif de personnes ayant une incapacité selon la nature de l'incapacité.

TABLEAU 21

NOMBRE ESTIMÉ DE PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS SELON LA NATURE DE L'INCAPACITÉ

TERRITOIRE	MOBILITÉ	AGILITÉ	OUÏE	VISION	PAROLE
Thérèse-de-Blainville	7 386	6 273	3 282	2 660	783
Jean-Olivier-Chénier	6 756	5 737	3 002	2 432	716
Thérèse-de-Blainville/ Jean-Olivier-Chénier	*6 251*	*5 308*	*2 777*	*2 251*	*662*
Arthur-Buies	8 432	7 161	3 746	3 036	894
Argenteuil	3 539	3 005	1 572	1 274	375
Pays-d'en-Haut	3 921	3 330	1 742	1 412	416
Trois Vallées	4 216	3 580	1 873	1 518	447
Pays-d'en-Haut/ Trois Vallées	*3 597*	*3 054*	*1 598*	*1 295*	*381*
Hautes-Laurentides	3 464	2 942	1 539	1 247	367
Région	37 715	32 027	16 756	13 579	3 997



Selon l'enquête ESLA (1991), les personnes ayant une incapacité vivant en ménage au Québec pouvaient avoir un degré léger, modéré ou sévère d'incapacité.

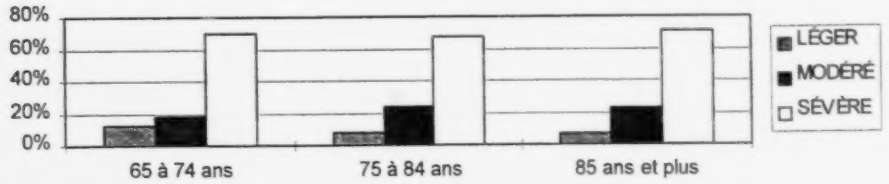
TABLEAU 22
RÉPARTITION DES PERSONNES AYANT UNE INCAPACITÉ ET VIVANT EN MÉNAGE SELON LE DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ

GROUPES D'ÂGE	LÉGER	MODÉRÉ	SÉVÈRE
65 à 74 ans	58,1 %	30,9 %	11 %
75 à 84 ans	31,7 %	37,4 %	30,9 %
85 ans et plus	n/d	n/d	n/d

Selon l'enquête ESLA (1991), les personnes ayant une incapacité vivant en institution au Québec se répartissaient ainsi selon le degré de l'incapacité et le groupe d'âges.

TABLEAU 23
RÉPARTITION DES PERSONNES AYANT UNE INCAPACITÉ ET VIVANT EN INSTITUTION SELON LE DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ

GROUPES D'ÂGE	LÉGER	MODÉRÉ	SÉVÈRE
65 à 74 ans	12,4 %	18,4 %	69,2 %
75 à 84 ans	8 %	24,4 %	67,6 %
85 ans et plus	6,5 %	22,9 %	70,6 %



2.3 La consommation des services hospitaliers

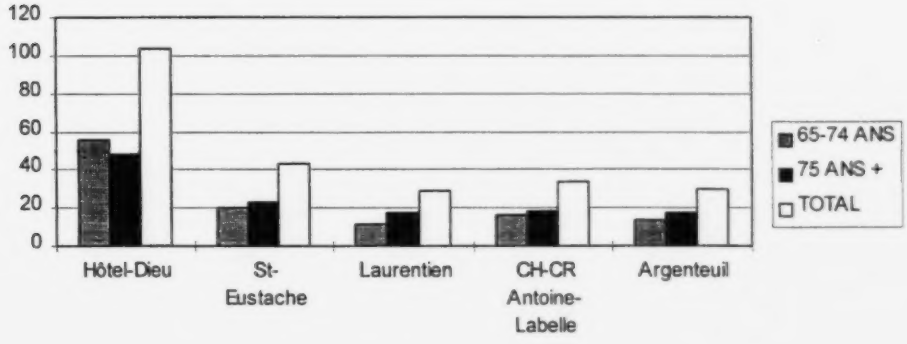
Même si elle ne représente que 10 % de la population totale de la région, la population âgée de 65 ans et plus consomme près de la moitié des jours d'hospitalisation et occupe le tiers des civières à l'urgence. Le séjour moyen à l'hôpital tend à être trois fois plus long que celui de l'ensemble de la population.

Selon les données de MED-ECHO, la population âgée de 65 à 74 ans a consommé plus de 36 000 jours d'hospitalisation en 1993-1994 pour un équivalent-lits de 118 lits à un taux d'occupation de 85 %. La population âgée de 75 ans et plus a consommé près de 38 000 jours d'hospitalisation pour un équivalent-lits de 122 lits à un taux d'occupation de 85 %.

TABLEAU 24

ÉQUIVALENT-LITS SELON LA CONSOMMATION HOSPITALIÈRE DES PERSONNES ÂGÉES

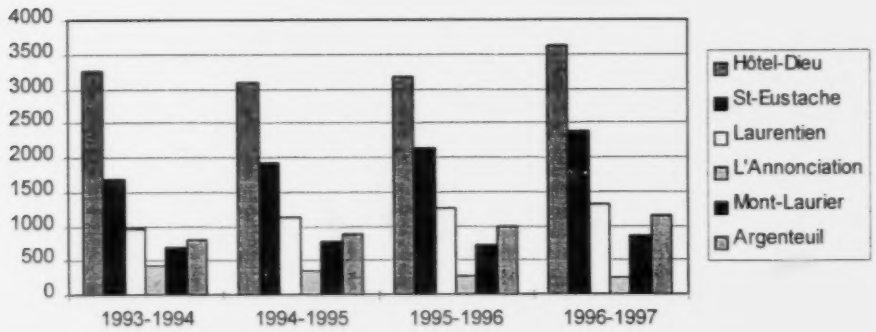
CHCD	65 À 74 ANS	75 ANS +	TOTAL
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	56	48	104
St-Eustache	20	23	43
Laurentien	12	17	29
CH-CR Antoine-Labelle	16	18	34
Argenteuil	13	17	30
Région	118	122	240



Le tableau suivant démontre que le nombre de personnes de 65 ans et plus qui sont hospitalisées tend à augmenter d'une année à l'autre selon les données des quatre dernières années.

TABLEAU 25
NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS HOSPITALISÉES
(1993-1997)

CHCD	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	MOYENNE
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	3 251	3 090	3 181	3 632	3 289
St-Eustache	1 684	1 913	2 132	2 362	2 023
Laurentien	969	1 121	1 256	1 305	1 163
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	416	341	280	243	320
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	689	764	712	842	752
Argenteuil	812	880	990	1 142	956
Région	7 821	8 109	8 551	9 526	8 502



2.3 *La consommation des services hospitaliers*

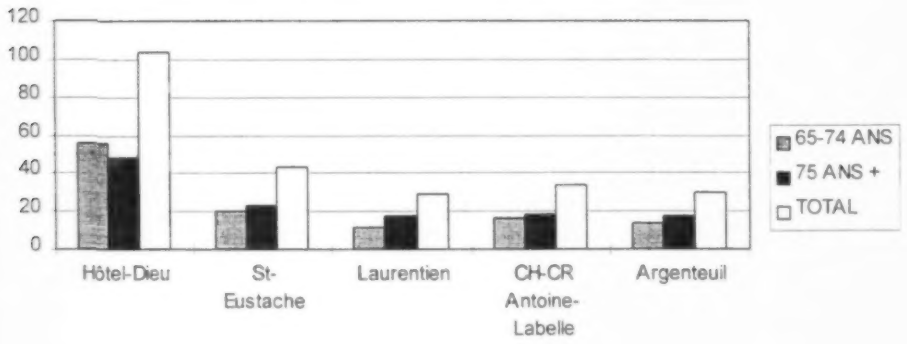
Même si elle ne représente que 10 % de la population totale de la région, la population âgée de 65 ans et plus consomme près de la moitié des jours d'hospitalisation et occupe le tiers des civières à l'urgence. Le séjour moyen à l'hôpital tend à être trois fois plus long que celui de l'ensemble de la population.

Selon les données de MED-ECHO, la population âgée de 65 à 74 ans a consommé plus de 36 000 jours d'hospitalisation en 1993-1994 pour un équivalent-lits de 118 lits à un taux d'occupation de 85 %. La population âgée de 75 ans et plus a consommé près de 38 000 jours d'hospitalisation pour un équivalent-lits de 122 lits à un taux d'occupation de 85 %.

TABLEAU 24

ÉQUIVALENT-LITS SELON LA CONSOMMATION HOSPITALIÈRE DES PERSONNES ÂGÉES

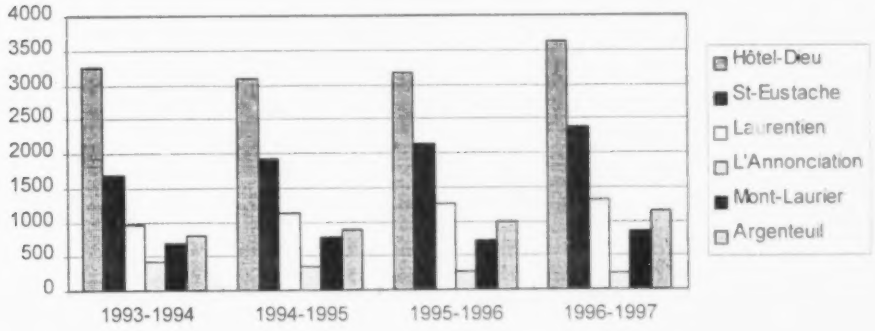
CHCD	65 À 74 ANS	75 ANS +	TOTAL
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	56	48	104
St-Eustache	20	23	43
Laurentien	12	17	29
CH-CR Antoine-Labelle	16	18	34
Argenteuil	13	17	30
Région	118	122	240



Le tableau suivant démontre que le nombre de personnes de 65 ans et plus qui sont hospitalisées tend à augmenter d'une année à l'autre selon les données des quatre dernières années.

TABLEAU 25
NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS HOSPITALISÉES
(1993-1997)

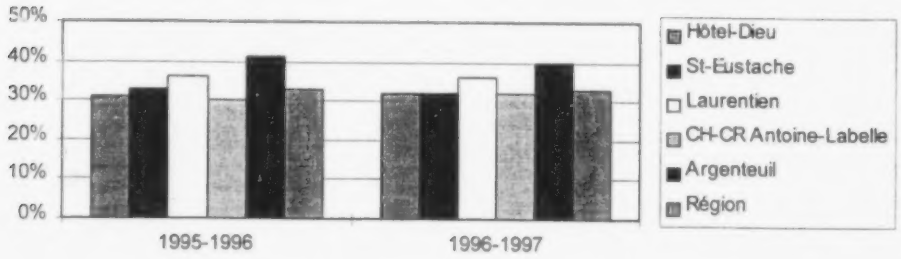
CHCD	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	MOYENNE
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	3 251	3 090	3 181	3 632	3 289
St-Eustache	1 684	1 913	2 132	2 362	2 023
Laurentien	969	1 121	1 256	1 305	1 163
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	416	341	280	243	320
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	689	764	712	842	752
Argenteuil	812	880	990	1 142	956
Région	7 821	8 109	8 551	9 526	8 502



Selon des données compilées par la Régie régionale des Laurentides, la population âgée de 65 ans et plus a constitué le tiers des patients sur civières à l'urgence pour l'ensemble des CHCD de la région au cours des deux dernières années.

TABLEAU 26
POURCENTAGE DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS
SUR LE TOTAL DES PATIENTS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE

CHCD	1995-1996	1996-1997
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	31 %	32 %
St-Eustache	33 %	32 %
Laurentien	36 %	36 %
CH-CR Antoine-Labelle	30 %	32 %
Argenteuil	41 %	40 %
Région	33 %	33 %

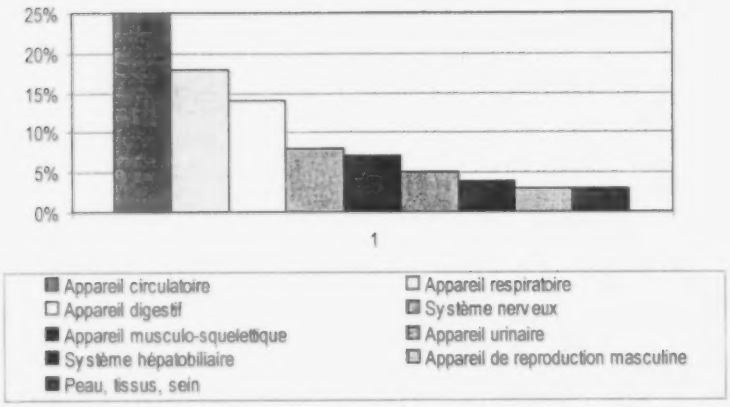


Les quatre tableaux suivants sont tirés du Tableau de bord sur la gériatrie de l'Info-Centre de la Régie régionale. Le tableau suivant énumère les raisons principales d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées dans les centres hospitaliers des Laurentides en 1995-1996.

TABLEAU 27

PRINCIPALES RAISONS D'HOSPITALISATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS HOSPITALISÉES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES EN 1995-1996

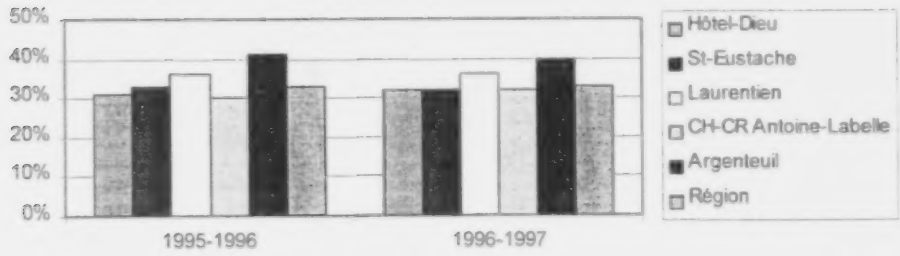
RAISON D'HOSPITALISATION	NOMBRE DE CAS	% DES CAS
Appareil circulatoire	2 103	25 %
Appareil respiratoire	1 568	18 %
Appareil digestif	1 182	14 %
Système nerveux	694	8 %
Appareil musculo-squelettique	618	7 %
Appareil urinaire	386	5 %
Système hépatobiliaire	355	4 %
Appareil de reproduction masculine	267	3 %
Peau, tissus, sein	260	3 %
Autres	1 111	13 %
Total	8 544	100 %



Selon des données compilées par la Régie régionale des Laurentides, la population âgée de 65 ans et plus a constitué le tiers des patients sur civières à l'urgence pour l'ensemble des CHCD de la région au cours des deux dernières années.

TABLEAU 26
POURCENTAGE DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS
SUR LE TOTAL DES PATIENTS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE

CHCD	1995-1996	1996-1997
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	31 %	32 %
St-Eustache	33 %	32 %
Laurentien	36 %	36 %
CH-CR Antoine-Labelle	30 %	32 %
Argenteuil	41 %	40 %
Région	33 %	33 %

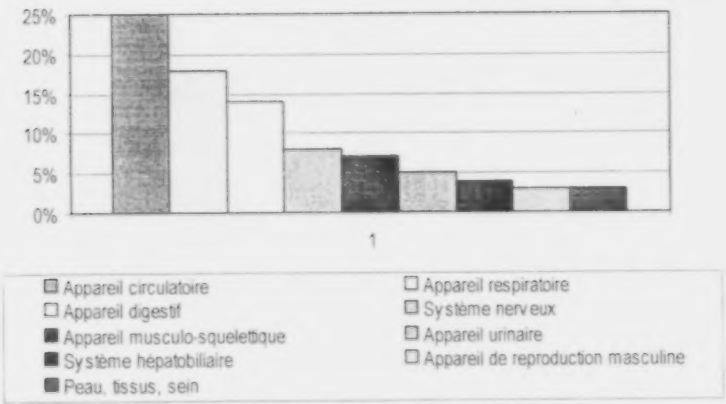


Les quatre tableaux suivants sont tirés du Tableau de bord sur la gériatrie de l'Info-Centre de la Régie régionale. Le tableau suivant énumère les raisons principales d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées dans les centres hospitaliers des Laurentides en 1995-1996.

TABLEAU 27

PRINCIPALES RAISONS D'HOSPITALISATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS HOSPITALISÉES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES EN 1995-1996

RAISON D'HOSPITALISATION	NOMBRE DE CAS	% DES CAS
Appareil circulatoire	2 103	25 %
Appareil respiratoire	1 568	18 %
Appareil digestif	1 182	14 %
Système nerveux	694	8 %
Appareil musculo-squelettique	618	7 %
Appareil urinaire	386	5 %
Système hépatobiliaire	355	4 %
Appareil de reproduction masculine	267	3 %
Peau, tissus, sein	260	3 %
Autres	1 111	13 %
Total	8 544	100 %

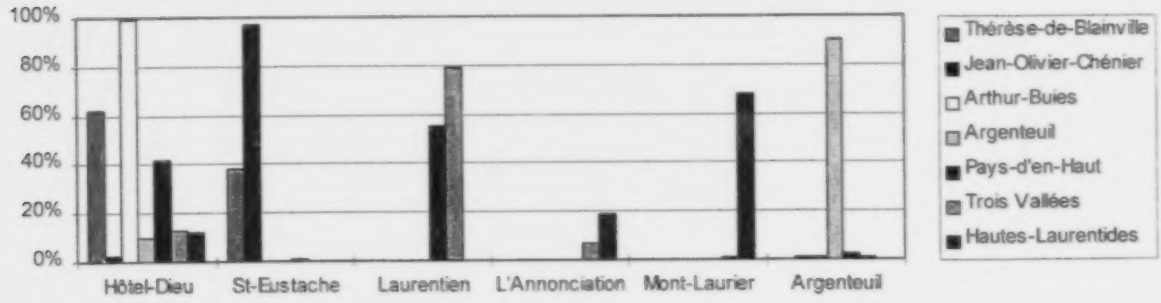


Le tableau suivant indique la provenance des personnes âgées hospitalisées dans les centres hospitaliers de la région des Laurentides par territoire de CLSC.

TABLEAU 28

PROVENANCE EN % DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS HOSPITALISÉES DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES SELON LE TERRITOIRE DE CLSC (1995-1996)

CHCD	THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE	JEAN-OLIVIER-CHÉNIER	ARTHUR-BUIES	ARGENTEUIL	PAYS-D'EN-HAUT	TROIS VALLÉES	HAUTES-LAURENTIDES	TOTAL
St-Jérôme	62 %	2 %	99 %	10 %	42 %	13 %	12 %	37 %
St-Eustache	38 %	97 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	25 %
Laurentien	0 %	0 %	0 %	0 %	55 %	79 %	0 %	15 %
CHCR-AL (L'Annonciation)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %	19 %	3 %
CHCR-AL (Mont-Laurier))	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	68 %	8 %
Argenteuil	0 %	1 %	1 %	90 %	2 %	1 %	0 %	12 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

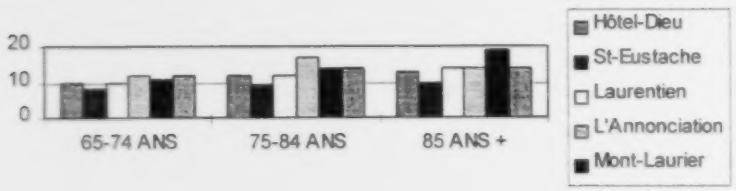


Le tableau suivant illustre la durée moyenne de séjour pour les personnes âgées de 65 ans et plus selon la moyenne des durées de séjour des quatre dernières années (1993 à 1997) par groupes d'âges; on note que la durée moyenne de séjour a tendance à augmenter avec l'âge.

TABLEAU 29

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN MILIEU HOSPITALIER EN JOURS (1993-1997)

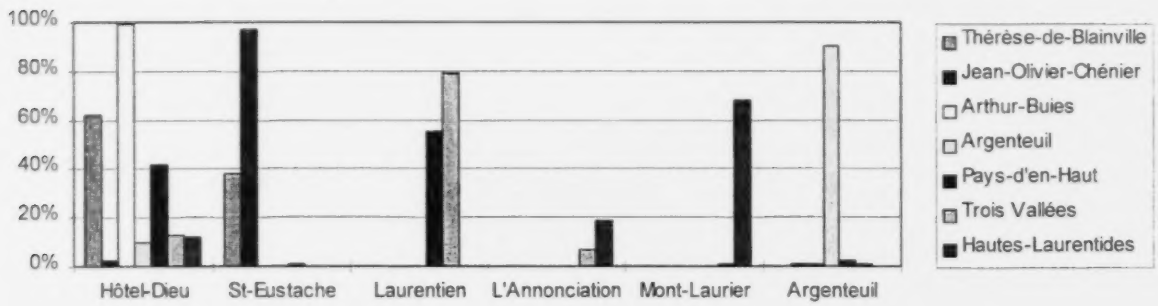
CHCD	65-74 ANS	75-84 ANS	85 ANS +
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	10	12	13
St-Eustache	8	9	10
Laurentien	10	12	14
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	12	17	14
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	11	14	19
Argenteuil	12	14	14



Le tableau suivant indique la provenance des personnes âgées hospitalisées dans les centres hospitaliers de la région des Laurentides par territoire de CLSC.

TABLEAU 28
PROVENANCE EN % DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS HOSPITALISÉES DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES SELON LE TERRITOIRE DE CLSC (1995-1996)

CHCD	THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE	JEAN-OLIVIER-CHÉNIER	ARTHUR-BUIES	ARGENTEUIL	PAYS-D'EN-HAUT	TROIS VALLÉES	HAUTES-LAURENTIDES	TOTAL
St-Jérôme	62 %	2 %	99 %	10 %	42 %	13 %	12 %	37 %
St-Eustache	38 %	97 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	25 %
Laurentien	0 %	0 %	0 %	0 %	55 %	79 %	0 %	15 %
CHCR-AL (L'Annonciation)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %	19 %	3 %
CHCR-AL (Mont-Laurier))	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	68 %	8 %
Argenteuil	0 %	1 %	1 %	90 %	2 %	1 %	0 %	12 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

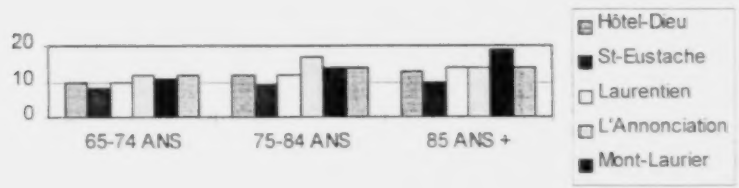


Le tableau suivant illustre la durée moyenne de séjour pour les personnes âgées de 65 ans et plus selon la moyenne des durées de séjour des quatre dernières années (1993 à 1997) par groupes d'âges; on note que la durée moyenne de séjour a tendance à augmenter avec l'âge.

TABLEAU 29

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN MILIEU HOSPITALIER EN JOURS (1993-1997)

CHCD	65-74 ANS	75-84 ANS	85 ANS +
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	10	12	13
St-Eustache	8	9	10
Laurentien	10	12	14
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	12	17	14
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	11	14	19
Argenteuil	12	14	14

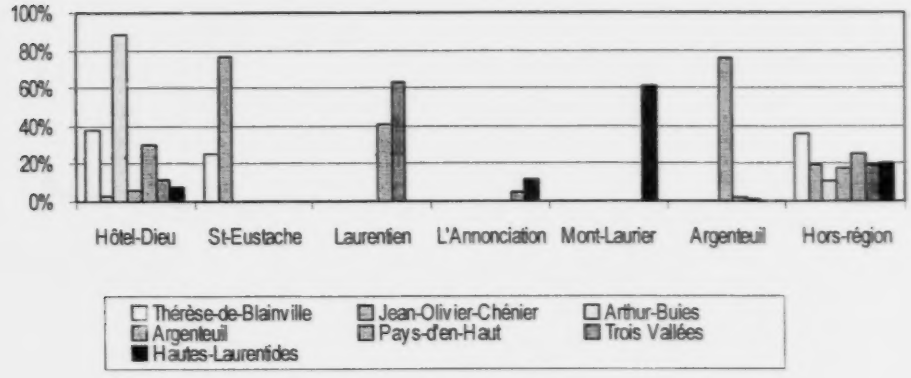


Le tableau suivant démontre que la consommation des services hospitaliers par la population âgée de 65 ans et plus s'effectue principalement dans la région des Laurentides. Cependant, une bonne proportion de la clientèle des territoires Thérèse-de-Blainville et Jean-Olivier-Chénier consomme des services hospitaliers hors-région, principalement à Laval ou à Montréal.

TABLEAU 30

TAUX DE RÉTENTION PAR CENTRE HOSPITALIER ET PAR TERRITOIRE DE CLSC CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS (1996-1997)

CHCD	THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE	JEAN-OLIVIER-CHÉNIER	ARTHUR-BUIES	ARGENTEUIL	PAYS-D'EN-HAUT	TROIS VALLÉES	HAUTES-LAURENTIDES
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	38 %	3 %	88 %	6 %	30 %	12 %	8 %
St-Eustache	25 %	77 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Laurentien	0 %	0 %	0 %	0 %	41 %	63 %	0 %
CHCR-AL (L'Annonciation)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	12 %
CHCR-AL (Mont-Laurier)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	61 %
Argenteuil	0 %	0 %	0 %	76 %	2 %	1 %	0 %
Hors-région	36 %	19 %	11 %	17 %	25 %	19 %	20 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

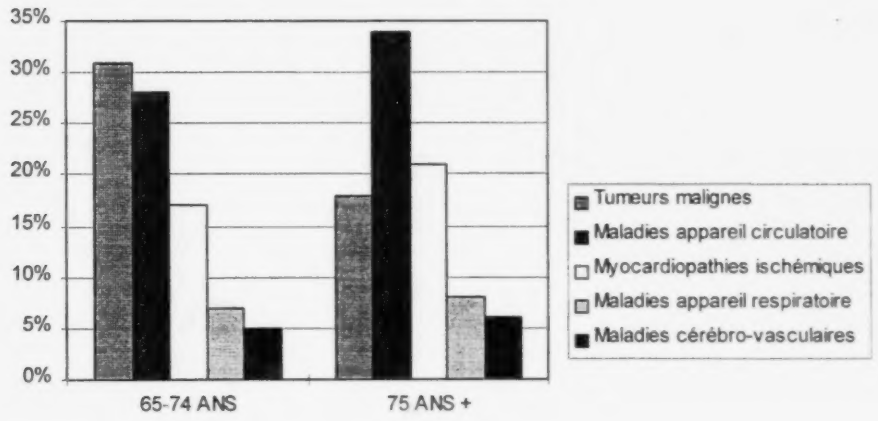


2.4 *Les principales causes de décès*

Selon le Fichier des décès, les principales causes de décès chez les personnes âgées en 1995 pour la région des Laurentides sont illustrées au tableau suivant :

TABLEAU 31
PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS CHEZ LES 65-74 ANS ET LES 75 ANS ET PLUS (1995)

CAUSES DE DÉCÈS	65-74 ANS	RANG	75 ANS+	RANG
Tumeurs malignes	31 %	1	18 %	3
Maladies appareil circulatoire	28 %	2	34 %	1
Myocardiopathies ischémiques	17 %	3	21 %	2
Maladies appareil respiratoire	7 %	4	8 %	4
Maladies cérébro-vasculaires	5 %	5	6 %	5

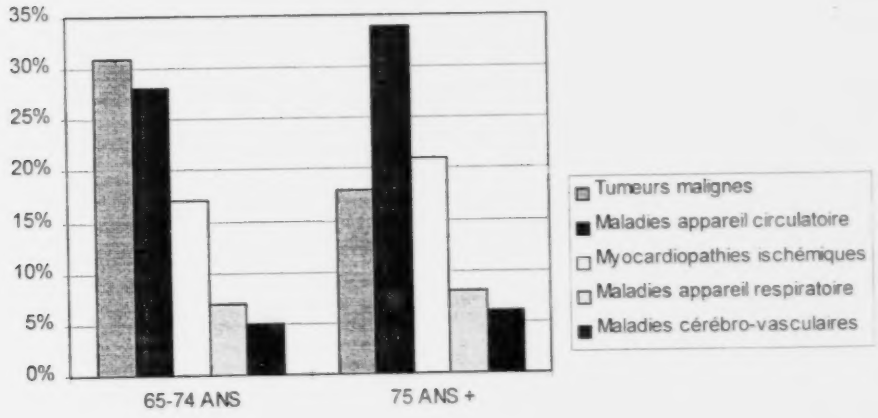


2.4 *Les principales causes de décès*

Selon le Fichier des décès, les principales causes de décès chez les personnes âgées en 1995 pour la région des Laurentides sont illustrées au tableau suivant :

TABLEAU 31
PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS CHEZ LES 65-74 ANS ET LES 75 ANS ET PLUS (1995)

CAUSES DE DÉCÈS	65-74 ANS	RANG	75 ANS+	RANG
Tumeurs malignes	31 %	1	18 %	3
Maladies appareil circulatoire	28 %	2	34 %	1
Myocardiopathies ischémiques	17 %	3	21 %	2
Maladies appareil respiratoire	7 %	4	8 %	4
Maladies cérébro-vasculaires	5 %	5	6 %	5



2.5 *La perception de leur santé par les personnes âgées*

Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 réalisée dans la région des Laurentides, l'indice de détresse psychologique de niveau élevé était de 21 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus comparativement à 28 % pour l'ensemble de la population.

Les personnes âgées insatisfaites de leur vie sociale représentaient 11,5 % de leur groupe d'âge, comparativement à 12,4 % pour l'ensemble de la population.

Le pourcentage des personnes âgées présentant une limitation des activités consécutive à un accident causant des blessures au cours des douze mois précédant l'enquête s'élevait à 5,6 % comparativement à 8,2 % pour l'ensemble de la population.

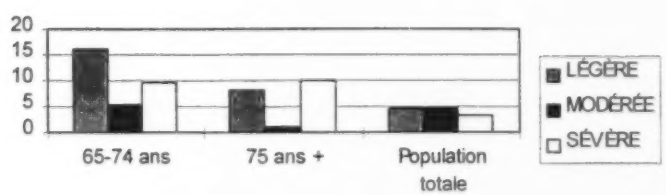
Le pourcentage des personnes âgées présentant une limitation des activités ou une dépendance sur le plan fonctionnel s'élevait à 25,5 % comparativement à 8,2 % pour l'ensemble de la population.

Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, le nombre annuel moyen de jours d'incapacité par personne selon le groupe d'âge est illustré au tableau suivant :

TABLEAU 32

NOMBRE ANNUEL MOYEN DE JOURS D'INCAPACITÉ SELON LE DEGRÉ ET LE GROUPE D'ÂGE

GROUPES D'ÂGE	LÉGÈRE	MODÉRÉE	SÉVÈRE	TOTAL
65-74 ans	16,2	5,2	9,5	30,8
75 ans +	8,3	1,2	10,1	19,5
Population totale	4,7	4,5	3,2	12,4



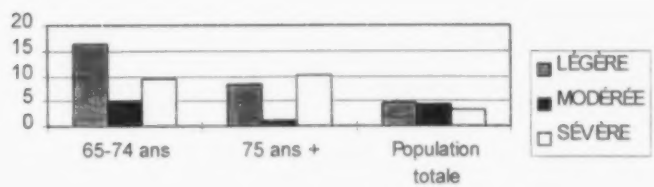
La population âgée consulte davantage les professionnels de la santé que la population en général. La proportion des personnes âgées ayant consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête était de 34,6 % comparativement à 24,1 % dans l'ensemble de la population.

La proportion des personnes âgées qui présentent un niveau de risque élevé de problèmes liés à l'alcool était de 5,8 % comparativement à 14 % dans l'ensemble de la population. Selon la même enquête, la population âgée consomme plus de médicaments que la population en général tel qu'illustré au tableau suivant :

TABLEAU 33

RÉPARTITION EN POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE SELON LE NOMBRE DE MÉDICAMENTS CONSOMMÉS AU COURS DES 2 JOURS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

GROUPES D'ÂGE	AUCUN	1 OU 2	3 OU PLUS
65 ans et +	23,1 %	32 %	44,9 %
Population totale	46,7 %	39,6 %	13,7 %



2.5 *La perception de leur santé par les personnes âgées*

Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 réalisée dans la région des Laurentides, l'indice de détresse psychologique de niveau élevé était de 21 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus comparativement à 28 % pour l'ensemble de la population.

Les personnes âgées insatisfaites de leur vie sociale représentaient 11,5 % de leur groupe d'âge, comparativement à 12,4 % pour l'ensemble de la population.

Le pourcentage des personnes âgées présentant une limitation des activités consécutive à un accident causant des blessures au cours des douze mois précédant l'enquête s'élevait à 5,6 % comparativement à 8,2 % pour l'ensemble de la population.

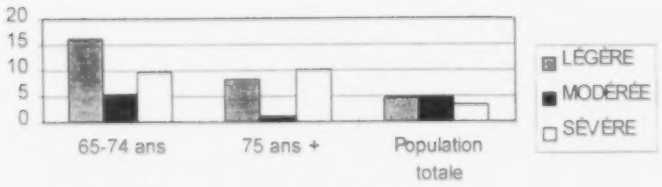
Le pourcentage des personnes âgées présentant une limitation des activités ou une dépendance sur le plan fonctionnel s'élevait à 25,5 % comparativement à 8,2 % pour l'ensemble de la population.

Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, le nombre annuel moyen de jours d'incapacité par personne selon le groupe d'âge est illustré au tableau suivant :

TABLEAU 32

NOMBRE ANNUEL MOYEN DE JOURS D'INCAPACITÉ SELON LE DEGRÉ ET LE GROUPE D'ÂGE

GROUPES D'ÂGE	LÉGÈRE	MODÉRÉE	SÉVÈRE	TOTAL
65-74 ans	16,2	5,2	9,5	30,8
75 ans +	8,3	1,2	10,1	19,5
Population totale	4,7	4,5	3,2	12,4



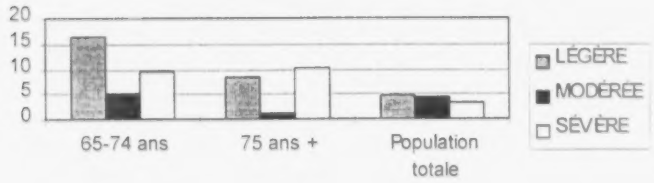
La population âgée consulte davantage les professionnels de la santé que la population en général. La proportion des personnes âgées ayant consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête était de 34,6 % comparativement à 24,1 % dans l'ensemble de la population.

La proportion des personnes âgées qui présentent un niveau de risque élevé de problèmes liés à l'alcool était de 5,8 % comparativement à 14 % dans l'ensemble de la population. Selon la même enquête, la population âgée consomme plus de médicaments que la population en général tel qu'illustré au tableau suivant :

TABLEAU 33

RÉPARTITION EN POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE SELON LE NOMBRE DE MÉDICAMENTS CONSOMMÉS AU COURS DES 2 JOURS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

GROUPES D'ÂGE	AUCUN	1 OU 2	3 OU PLUS
65 ans et +	23,1 %	32 %	44,9 %
Population totale	46,7 %	39,6 %	13,7 %



3. DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

La proportion des personnes âgées qui perçoivent leur situation financière comme pauvre était de 27,2 % comparativement à 21,4 % dans l'ensemble de la population.

Selon les données issues du Tableau de bord sur la défavorisation de la Direction de la santé publique (D. Sévigny, 1996), les MRC présentant les taux de personnes âgées et les taux de personnes vivant seules les plus élevés ont un indice de défavorisation socio-économique plus élevé que la moyenne régionale.

À noter qu'il s'agit des données de la population vivant en ménage privé en 1991, non corrigées pour le sous-dénombrement.

L'indice de défavorisation socio-économique synthétise les valeurs prises par trois indicateurs :

- le pourcentage de ménages privés dont le revenu total était inférieur à 20 000 $ (1990);
- le pourcentage de personnes inactives ou en chômage chez les 15 ans et plus (1990);
- le pourcentage de personnes sans diplôme d'études secondaires chez les 15 ans et plus (1990).

Les deux tableaux suivants sont issus du Tableau de bord sur la défavorisation de la Direction de la santé publique (D. Sévigny, 1996).

TABLEAU 34
INDICE DE DÉFAVORISATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

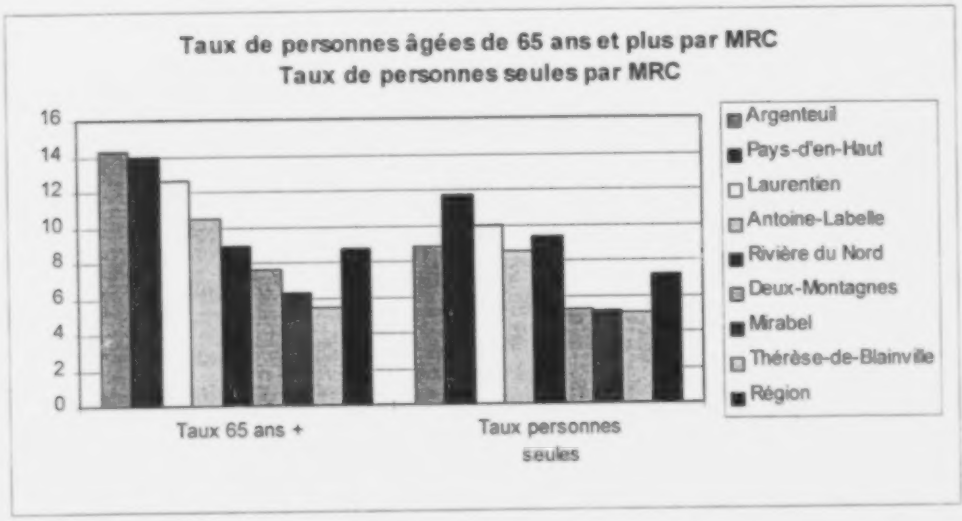
MRC	TAUX 65 ANS+	TAUX PERS. SEULES	TAUX FAIBLE REVENU	TAUX INOCCUP.	TAUX SCOLARIS.	INDICE DÉFAVORIS.
Deux-Montagnes	7,6	5,2	20,7	38,6	39,8	0,91
Thérèse-de-Blainville	5,4	5,0	16,4	34,4	33,4	0,77
Mirabel	6,3	5,1	20,1	36,3	44,0	0,92
Rivière du Nord	8,9	9,3	28,9	43,3	43,2	1,09
Argenteuil	14,3	8,8	31,1	47,5	50,6	1,21
Pays-d'en-Haut	14,0	11,7	26,2	44,1	32,8	0,98
Laurentides	12,6	10,0	34,3	47,7	47,2	1,23
Antoine-Labelle	10,5	8,5	35,2	51,0	55,5	1,34
Région	8,7	7,2	24,7	41,1	41,2	1,00

En considérant le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans un ménage à faible revenu en 1990 et recevant le supplément maximum de revenu garanti (SMRG) en 1996, le rang de chacun des territoires de CLSC s'établit ainsi, le premier rang étant le plus défavorisé.

TABLEAU 35

POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT DANS UN MÉNAGE À FAIBLE REVENU ET RECEVANT LE SUPPLÉMENT MAXIMUM DE REVENU GARANTI (SMRG)

TERRITOIRE DE CLSC	% FAIBLE REVENU	RANG	% SMRG	RANG
Jean-Olivier-Chénier	39,48	5	6,45	4
Thérèse-de-Blainville	30,95	6	5,89	5
Arthur-Buies	39,54	4	7,40	3
Argenteuil	42,42	3	5,75	6
Pays-d'en-Haut	28,82	7	4,37	7
Trois Vallées	41,82	2	7,77	2
Hautes-Laurentides	49,92	1	11,89	1
Région	38,65	---	6,94	---



3. *DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES*

La proportion des personnes âgées qui perçoivent leur situation financière comme pauvre était de 27,2 % comparativement à 21,4 % dans l'ensemble de la population.

Selon les données issues du Tableau de bord sur la défavorisation de la Direction de la santé publique (D. Sévigny, 1996), les MRC présentant les taux de personnes âgées et les taux de personnes vivant seules les plus élevés ont un indice de défavorisation socio-économique plus élevé que la moyenne régionale.

À noter qu'il s'agit des données de la population vivant en ménage privé en 1991, non corrigées pour le sous-dénombrement.

L'indice de défavorisation socio-économique synthétise les valeurs prises par trois indicateurs :

- le pourcentage de ménages privés dont le revenu total était inférieur à 20 000 $ (1990);
- le pourcentage de personnes inactives ou en chômage chez les 15 ans et plus (1990);
- le pourcentage de personnes sans diplôme d'études secondaires chez les 15 ans et plus (1990).

Les deux tableaux suivants sont issus du Tableau de bord sur la défavorisation de la Direction de la santé publique (D. Sévigny, 1996).

TABLEAU 34
INDICE DE DÉFAVORISATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

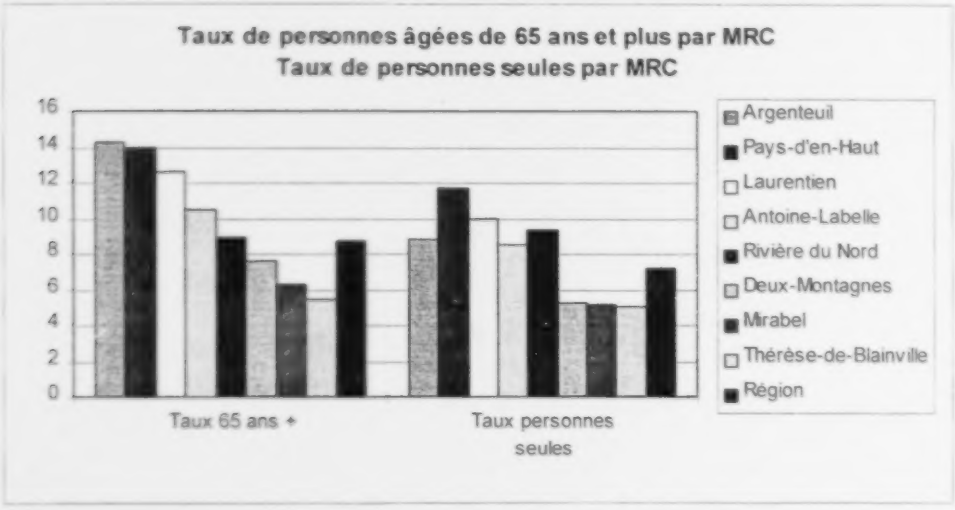
MRC	TAUX 65 ANS+	TAUX PERS. SEULES	TAUX FAIBLE REVENU	TAUX INOCCUP.	TAUX SCOLARIS.	INDICE DÉFAVORIS.
Deux-Montagnes	7,6	5,2	20,7	38,6	39,8	0,91
Thérèse-de-Blainville	5,4	5,0	16,4	34,4	33,4	0,77
Mirabel	6,3	5,1	20,1	36,3	44,0	0,92
Rivière du Nord	8,9	9,3	28,9	43,3	43,2	1,09
Argenteuil	14,3	8,8	31,1	47,5	50,6	1,21
Pays-d'en-Haut	14,0	11,7	26,2	44,1	32,8	0,98
Laurentides	12,6	10,0	34,3	47,7	47,2	1,23
Antoine-Labelle	10,5	8,5	35,2	51,0	55,5	1,34
Région	8,7	7,2	24,7	41,1	41,2	1,00

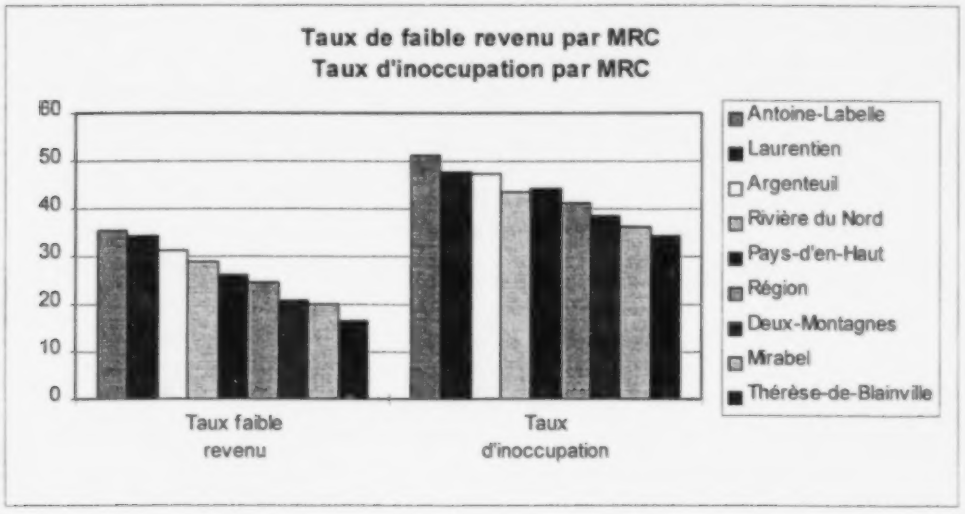
En considérant le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans un ménage à faible revenu en 1990 et recevant le supplément maximum de revenu garanti (SMRG) en 1996, le rang de chacun des territoires de CLSC s'établit ainsi, le premier rang étant le plus défavorisé.

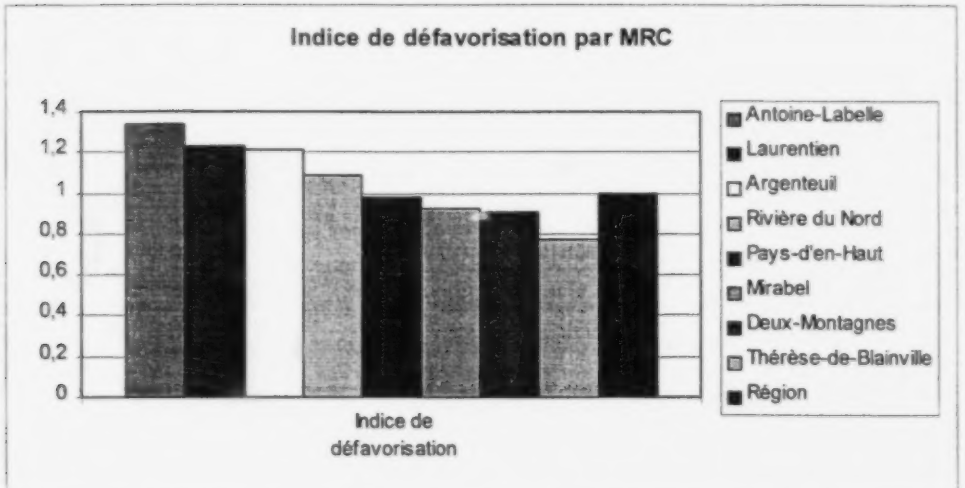
TABLEAU 35

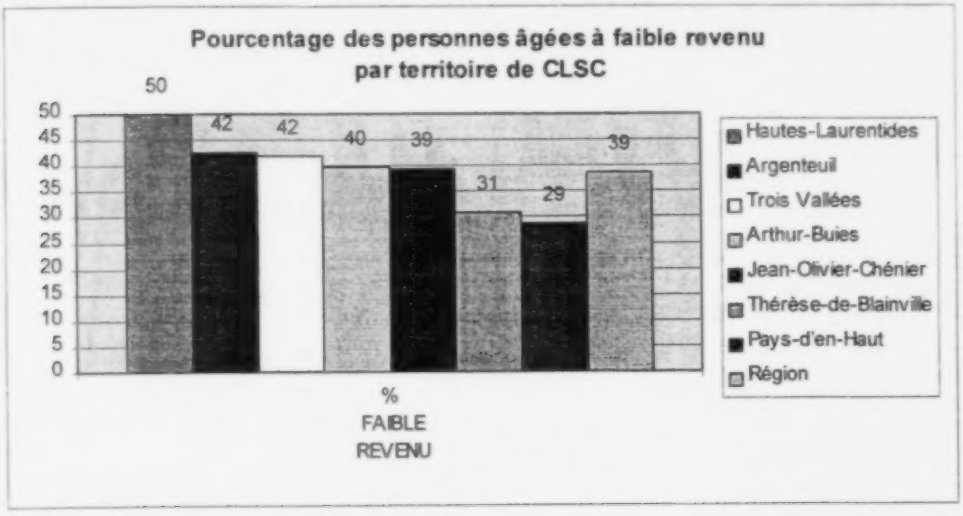
POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT DANS UN MÉNAGE À FAIBLE REVENU ET RECEVANT LE SUPPLÉMENT MAXIMUM DE REVENU GARANTI (SMRG)

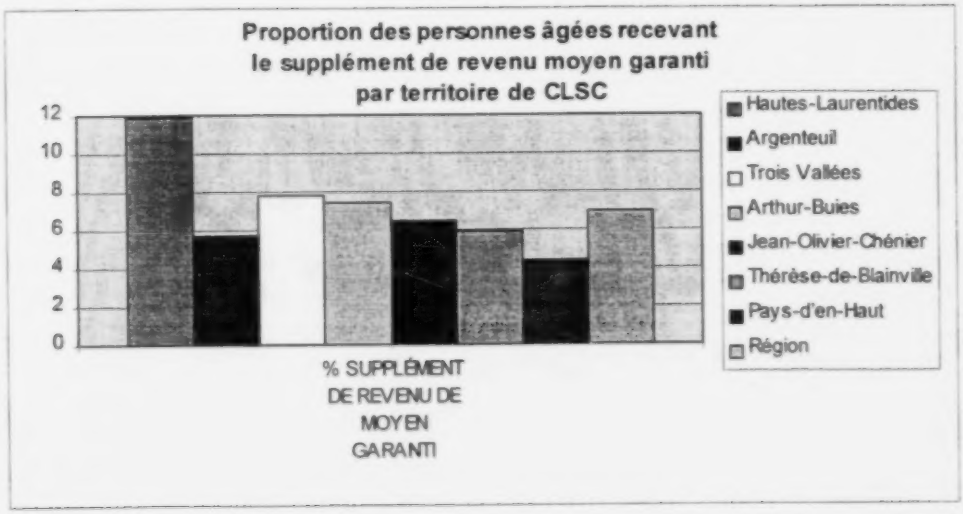
TERRITOIRE DE CLSC	% FAIBLE REVENU	RANG	% SMRG	RANG
Jean-Olivier-Chénier	39,48	5	6,45	4
Thérèse-de-Blainville	30,95	6	5,89	5
Arthur-Buies	39,54	4	7,40	3
Argenteuil	42,42	3	5,75	6
Pays-d'en-Haut	28,82	7	4,37	7
Trois Vallées	41,82	2	7,77	2
Hautes-Laurentides	49,92	1	11,89	1
Région	38,65	---	6,94	---

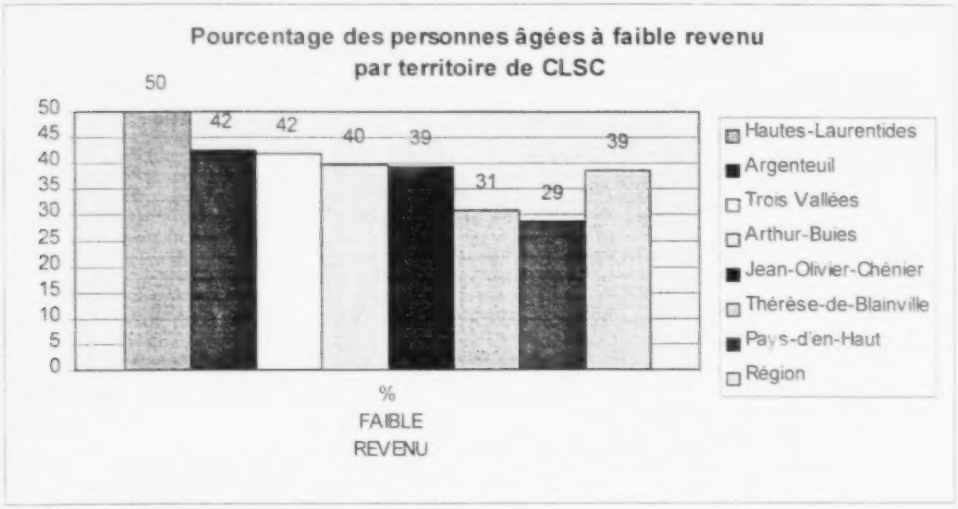


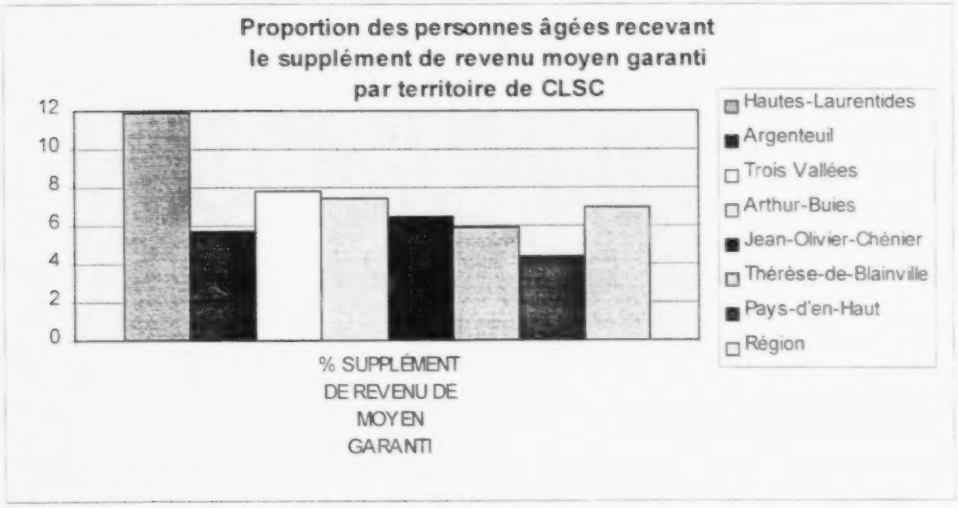

Taux de faible revenu par MRC
Taux d'inoccupation par MRC
60
50
40
30
20
10
0
Taux faible revenu
Taux d'inoccupation
Antoine-Labelle
Laurentien
Argenteuil
Rivière du Nord
Pays-d'en-Haut
Région
Deux-Montagnes
Mirabel
Thérèse-de-Blainville


Indice de défavorisation par MRC
1,4
1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
Indice de défavorisation
Antoine-Labelle
Laurentien
Argenteuil
Rivière du Nord
Pays-d'en-Haut
Mirabel
Deux-Montagnes
Thérèse-de-Blainville
Région


Pourcentage des personnes âgées à faible revenu par territoire de CLSC
50
42
42
40
39
31
29
39
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
% FAIBLE REVENU
Hautes-Laurentides
Argenteuil
Trois Vallées
Arthur-Buies
Jean-Olivier-Chénier
Thérèse-de-Blainville
Pays-d'en-Haut
Région


Proportion des personnes âgées recevant le supplément de revenu moyen garanti par territoire de CLSC
12
10
8
6
4
2
0
% SUPPLÉMENT DE REVENU DE MOYEN GARANTI
Hautes-Laurentides
Argenteuil
Trois Vallées
Arthur-Buies
Jean-Olivier-Chénier
Thérèse-de-Blainville
Pays-d'en-Haut
Région


Pourcentage des personnes âgées à faible revenu par territoire de CLSC
50
42
42
40
39
31
29
39
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
%
FAIBLE
REVENU
Hautes-Laurentides
Argenteuil
Trois Vallées
Arthur-Buies
Jean-Olivier-Chénier
Thérèse-de-Blainville
Pays-d'en-Haut
Région


Proportion des personnes âgées recevant le supplément de revenu moyen garanti par territoire de CLSC
12
10
8
6
4
2
0
% SUPPLÉMENT
DE REVENU DE
MOYEN
GARANTI
Hautes-Laurentides
Argenteuil
Trois Vallées
Arthur-Buies
Jean-Olivier-Chénier
Thérèse-de-Blainville
Pays-d'en-Haut
Région

4. TABLEAUX SYNTHÈSE PAR TERRITOIRE

TERRITOIRE D'ARGENTEUIL

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	4 541	4 808	5 107	5 712
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	6 %	6 %	12 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	16 %	16 %	16 %	17 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	10 %	9 %	9 %	8 %
5	65-74 ans : Nombre	2 759	2 690	2 711	3 115
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	-3 %	1 %	15 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	9 %	9 %	9 %	10 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	10 %	9 %	8 %	7 %
9	75 ans + : Nombre	1 782	2 118	2 396	2 597
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	19 %	13 %	8 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	6 %	7 %	8 %	8 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	11 %	10 %	10 %	9 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 135	1 202	1 277	1 428
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	883	861	868	997
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	768	913	1 011	1 045
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	357	425	514	634

TERRITOIRE DE THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	7 983	10 036	12 727	17 505
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	26 %	27 %	38 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	6 %	7 %	7 %	9 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	18 %	20 %	21 %	24 %
5	65-74 ans : Nombre	5 197	6 275	7 993	11 717
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	21 %	27 %	47 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	4 %	4 %	5 %	6 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	19 %	20 %	23 %	26 %
9	75 ans + : Nombre	2 786	3 761	4 734	5 788
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	35 %	26 %	22 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	2 %	2 %	3 %	3 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	17 %	18 %	19 %	20 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 996	2 509	3 182	4 376
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	1 663	2 008	2 558	3 749
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	1 267	1 682	2 082	2 489
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	460	663	888	1 170

TERRITOIRE JEAN-OLIVIER-CHÉNIER

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	7 922	9 179	10 539	13 309
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	16 %	15 %	26 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	9 %	9 %	9 %	11 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	18 %	18 %	18 %	18 %
5	65-74 ans : Nombre	4 846	5 375	6 046	8 181
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	11 %	12 %	35 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	5 %	5 %	5 %	7 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	17 %	17 %	17 %	18 %
9	75 ans + : Nombre	3 076	3 804	4 493	5 128
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	24 %	18 %	14 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	3 %	4 %	4 %	4 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	19 %	19 %	18 %	18 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 981	2 295	2 635	3 327
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	1 551	1 720	1 935	2 618
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	1 394	1 662	1 918	2 119
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	514	729	930	1 167

TERRITOIRE D'ARTHUR-BUIES

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	9 658	11 457	13 425	16 450
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	19 %	17 %	23 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	10 %	10 %	11 %	13 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	22 %	22 %	22 %	22 %
5	65-74 ans : Nombre	6 157	6 948	7 907	9 984
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	13 %	14 %	26 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	6 %	6 %	6 %	8 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	22 %	22 %	23 %	22 %
9	75 ans + : Nombre	3 501	4 509	5 518	6 466
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	29 %	22 %	17 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	4 %	4 %	5 %	5 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	22 %	22 %	22 %	22 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	2 415	2 864	3 356	4 113
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	1 970	2 223	2 530	3 195
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	1 580	1 999	2 418	2 733
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	596	820	1 048	1 379

4. TABLEAUX SYNTHÈSE PAR TERRITOIRE

TERRITOIRE D'ARGENTEUIL

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	4 541	4 808	5 107	5 712
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	6 %	6 %	12 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	16 %	16 %	16 %	17 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	10 %	9 %	9 %	8 %
5	65-74 ans : Nombre	2 759	2 690	2 711	3 115
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	-3 %	1 %	15 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	9 %	9 %	9 %	10 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	10 %	9 %	8 %	7 %
9	75 ans + : Nombre	1 782	2 118	2 396	2 597
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	19 %	13 %	8 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	6 %	7 %	8 %	8 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	11 %	10 %	10 %	9 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 135	1 202	1 277	1 428
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	883	861	868	997
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	768	913	1 011	1 045
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	357	425	514	634

TERRITOIRE DE THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	7 983	10 036	12 727	17 505
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	26 %	27 %	38 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	6 %	7 %	7 %	9 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	18 %	20 %	21 %	24 %
5	65-74 ans : Nombre	5 197	6 275	7 993	11 717
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	21 %	27 %	47 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	4 %	4 %	5 %	6 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	19 %	20 %	23 %	26 %
9	75 ans + : Nombre	2 786	3 761	4 734	5 788
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	35 %	26 %	22 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	2 %	2 %	3 %	3 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	17 %	18 %	19 %	20 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 996	2 509	3 182	4 376
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	1 663	2 008	2 558	3 749
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	1 267	1 682	2 082	2 489
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	460	663	888	1 170

TERRITOIRE JEAN-OLIVIER-CHÉNIER

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	7 922	9 179	10 539	13 309
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	16 %	15 %	26 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	9 %	9 %	9 %	11 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	18 %	18 %	18 %	18 %
5	65-74 ans : Nombre	4 846	5 375	6 046	8 181
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	11 %	12 %	35 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	5 %	5 %	5 %	7 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	17 %	17 %	17 %	18 %
9	75 ans + : Nombre	3 076	3 804	4 493	5 128
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	24 %	18 %	14 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	3 %	4 %	4 %	4 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	19 %	19 %	18 %	18 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 981	2 295	2 635	3 327
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	1 551	1 720	1 935	2 618
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	1 394	1 662	1 918	2 119
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	514	729	930	1 167

TERRITOIRE D'ARTHUR-BUIES

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	9 658	11 457	13 425	16 450
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	19 %	17 %	23 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	10 %	10 %	11 %	13 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	22 %	22 %	22 %	22 %
5	65-74 ans : Nombre	6 157	6 948	7 907	9 984
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	13 %	14 %	26 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	6 %	6 %	6 %	8 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	22 %	22 %	23 %	22 %
9	75 ans + : Nombre	3 501	4 509	5 518	6 466
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	29 %	22 %	17 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	4 %	4 %	5 %	5 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	22 %	22 %	22 %	22 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	2 415	2 864	3 356	4 113
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	1 970	2 223	2 530	3 195
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	1 580	1 999	2 418	2 733
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	596	820	1 048	1 379

TERRITOIRE DES PAYS-D'EN-HAUT

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	4 388	5 328	6 089	7 143
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	21 %	14 %	17 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	17 %	18 %	20 %	23 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	10 %	10 %	10 %	10 %
5	65-74 ans : Nombre	2 759	3 404	3 527	4 072
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	23 %	4 %	15 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	10 %	12 %	11 %	13 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	10 %	11 %	10 %	9 %
9	75 ans + : Nombre	1 373	1 924	2 562	3 071
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	40 %	33 %	20 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	5 %	7 %	8 %	10 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	9 %	9 %	10 %	11 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 097	1 332	1 522	1 786
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	965	1 089	1 129	1 303
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	608	874	1 176	1 329
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	251	319	406	608

TERRITOIRE DES TROIS VALLÉES

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	5 121	5 728	6 405	7 416
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	12 %	12 %	16 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	15 %	16 %	17 %	18 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	12 %	11 %	11 %	10 %
5	65-74 ans : Nombre	3 195	3 373	3 609	4 260
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	6 %	7 %	18 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	9 %	9 %	9 %	11 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	11 %	11 %	10 %	9 %
9	75 ans + : Nombre	1 926	2 355	2 796	3 156
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	22 %	19 %	13 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	6 %	6 %	7 %	8 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	12 %	12 %	11 %	11 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 280	1 432	1 601	1 854
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	1 022	1 079	1 155	1 363
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	848	1 038	1 219	1 311
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	359	438	540	707

TERRITOIRE DES HAUTES-LAURENTIDES

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	4 196	4 707	5 419	6 458
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	12 %	15 %	19 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	13 %	14 %	15 %	17 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	10 %	9 %	9 %	9 %
5	65-74 ans : Nombre	2 679	2 836	3 177	3860
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	6 %	12 %	21 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	8 %	8 %	9 %	10 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	11 %	11 %	10 %	9 %
9	75 ans + : Nombre	1 517	1 871	2 242	2 598
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	23 %	20 %	16 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	5 %	5 %	6 %	7 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	10 %	9 %	9 %	9 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 049	1 177	1 355	1 615
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	857	908	1 017	1 235
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	693	827	980	1 094
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	245	344	430	561

RÉGION DES LAURENTIDES

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	43 809	51 243	59 711	73 993
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	17 %	17 %	24 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	10 %	10 %	11 %	13 %
5	65-74 ans : Nombre	27 592	30 901	34 970	45 189
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	12 %	13 %	29 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	6 %	6 %	6 %	8 %
9	75 ans + : Nombre	15 961	20 342	24 741	28 804
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	27 %	22 %	16 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	4 %	4 %	5 %	5 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	10 952	12 811	14 928	18 498
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	8 911	9 888	11 190	14 460
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	7 158	8 995	10 802	12 119
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	2 782	3 738	4 755	6 226

TERRITOIRE DES PAYS-D'EN-HAUT

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	4 388	5 328	6 089	7 143
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	21 %	14 %	17 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	17 %	18 %	20 %	23 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	10 %	10 %	10 %	10 %
5	65-74 ans : Nombre	2 759	3 404	3 527	4 072
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	23 %	4 %	15 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	10 %	12 %	11 %	13 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	10 %	11 %	10 %	9 %
9	75 ans + : Nombre	1 373	1 924	2 562	3 071
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	40 %	33 %	20 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	5 %	7 %	8 %	10 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	9 %	9 %	10 %	11 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 097	1 332	1 522	1 786
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	965	1 089	1 129	1 303
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	608	874	1 176	1 329
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	251	319	406	608

TERRITOIRE DES TROIS VALLÉES

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	5 121	5 728	6 405	7 416
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	12 %	12 %	16 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	15 %	16 %	17 %	18 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	12 %	11 %	11 %	10 %
5	65-74 ans : Nombre	3 195	3 373	3 609	4 260
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	6 %	7 %	18 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	9 %	9 %	9 %	11 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	11 %	11 %	10 %	9 %
9	75 ans + : Nombre	1 926	2 355	2 796	3 156
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	22 %	19 %	13 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	6 %	6 %	7 %	8 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	12 %	12 %	11 %	11 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 280	1 432	1 601	1 854
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	1 022	1 079	1 155	1 363
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	848	1 038	1 219	1 311
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	359	438	540	707

TERRITOIRE DES HAUTES-LAURENTIDES

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	4 196	4 707	5 419	6 458
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	12 %	15 %	19 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	13 %	14 %	15 %	17 %
4	65 ans + : Proportion territoire/région	10 %	9 %	9 %	9 %
5	65-74 ans : Nombre	2 679	2 836	3 177	3860
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	6 %	12 %	21 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	8 %	8 %	9 %	10 %
8	65-74 ans : Proportion territoire/région	11 %	11 %	10 %	9 %
9	75 ans + : Nombre	1 517	1 871	2 242	2 598
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	23 %	20 %	16 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	5 %	5 %	6 %	7 %
12	75 ans + : Proportion territoire/région	10 %	9 %	9 %	9 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	1 049	1 177	1 355	1 615
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	857	908	1 017	1 235
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	693	827	980	1 094
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	245	344	430	561

RÉGION DES LAURENTIDES

TABLEAUX	SUJET	1996	2001	2006	2011
1	65 ans + : Nombre	43 809	51 243	59 711	73 993
2	65 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	17 %	17 %	24 %
3	65 ans + : Proportion/population totale	10 %	10 %	11 %	13 %
5	65-74 ans : Nombre	27 592	30 901	34 970	45 189
6	65-74 ans : Taux d'accroissement quinquennal	---	12 %	13 %	29 %
7	65-74 ans : Proportion/population totale	6 %	6 %	6 %	8 %
9	75 ans + : Nombre	15 961	20 342	24 741	28 804
10	75 ans + : Taux d'accroissement quinquennal	---	27 %	22 %	16 %
11	75 ans + : Proportion/population totale	4 %	4 %	5 %	5 %
13	65 ans + : Besoin de services à domicile	10 952	12 811	14 928	18 498
16	65-74 ans : À domicile avec incapacité	8 911	9 888	11 190	14 460
17	75-84 ans : À domicile avec incapacité	7 158	8 995	10 802	12 119
18	85 ans + : À domicile avec incapacité	2 782	3 738	4 755	6 226

5. CONCLUSION

Les différentes données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques présentées dans le présent document mettent en lumière **l'importance et l'ampleur des défis** qui attendent le réseau de services de santé et de services sociaux au cours des prochaines années à l'égard des personnes âgées de 65 ans et plus.

On ne pourra relever ces défis qu'en raffermissant les **liens de collaboration et de complémentarité** entre tous les collaborateurs concernés par la population âgée de la région des Laurentides.

Ces liens devront se concrétiser dans un **réseau de services intégrés** aux adultes en perte d'autonomie regroupant les établissements de santé et de services sociaux (CLSC, CHSLD, CHCD), les organismes communautaires, les cliniques médicales privées et les résidences privées d'hébergement dans chacun des territoires de CLSC.

On pourra ainsi offrir une **gamme essentielle de services** à l'ensemble de la population âgée selon des principes d'équité, d'accessibilité géographique, d'adaptation aux besoins et d'autosuffisance optimale de chaque territoire de CLSC en matière de prise en charge de sa clientèle.

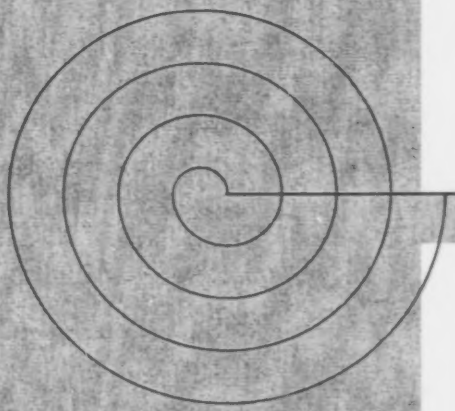
Cette gamme comprendra entre autres :

- les services à domicile des CLSC;
- les services bénévoles dispensés par les organismes communautaires;
- les services médicaux en clinique privée;
- les services externes en CHSLD;
- les services gériatriques en centre hospitalier;
- les services d'hébergement temporaire;
- les services d'hébergement permanent.

C'est à ce prix que nous pourrons assurer le **maintien** des personnes âgées en perte d'autonomie **dans leur milieu de vie naturel** et favoriser le **maintien de leur autonomie** le plus longtemps possible.

Annexe 8

Réseau de services intégrés
aux personnes âgées
et autres adultes en
perte d'autonomie



Données financières

PRÉAMBULE

Le présent document précise les investissements à faire au cours des trois prochaines années pour consolider les services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, dans la mesure où les ressources le permettront.

Rappelons d'abord que la région des Laurentides se situait au douzième rang sur 15 régions du Québec en terme de per capita pour le programme personnes âgées en perte d'autonomie, selon un document du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé « Les per capita pondérés par programme-clientèle 1996-1997 » et daté de mars 1998.

On estimait alors à 20 M$ le manque à gagner pour rehausser la région des Laurentides au niveau du per capita moyen du Québec.

Des investissements importants ont été consentis au cours des dernières années dans certains secteurs pour rehausser l'offre de services, tel qu'il apparaît au tableau suivant (montants annualisés). Il est à noter que ces investissements ne couvrent pas tout le manque à gagner identifié en 1996-1997 car le per capita moyen provincial a évolué à la hausse depuis ce temps.

INJECTIONS BUDGÉTAIRES CONSENTIES POUR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES (1996-1999)

SECTEUR	1996-1997	1997-1998	1998-1999	TOTAL
Soutien à domicile en CLSC (toutes clientèles)*	2 650 000 $	1 250 000 $	2 086 437 $	5 986 437 $
Alourdissement des clientèles en CHSLD	1 830 428 $	2 102 841 $	1 062 900 $	4 996 169 $
Développement de nouvelles places en CHSLD	4 620 000 $	4 065 236 $	2 280 000 $	10 965 236 $
Total	9 100 428 $	7 418 077 $	5 429 337 $	21 947 842 $

* Incluant soutien à domicile, virage ambulatoire et DIMOS.

PRÉAMBULE

Le présent document précise les investissements à faire au cours des trois prochaines années pour consolider les services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, dans la mesure où les ressources le permettront.

Rappelons d'abord que la région des Laurentides se situait au douzième rang sur 15 régions du Québec en terme de per capita pour le programme personnes âgées en perte d'autonomie, selon un document du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé « Les per capita pondérés par programme-clientèle 1996-1997 » et daté de mars 1998.

On estimait alors à 20 M$ le manque à gagner pour rehausser la région des Laurentides au niveau du per capita moyen du Québec.

Des investissements importants ont été consentis au cours des dernières années dans certains secteurs pour rehausser l'offre de services, tel qu'il apparaît au tableau suivant (montants annualisés). Il est à noter que ces investissements ne couvrent pas tout le manque à gagner identifié en 1996-1997 car le per capita moyen provincial a évolué à la hausse depuis ce temps.

INJECTIONS BUDGÉTAIRES CONSENTIES POUR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES (1996-1999)

SECTEUR	1996-1997	1997-1998	1998-1999	TOTAL
Soutien à domicile en CLSC (toutes clientèles)*	2 650 000 $	1 250 000 $	2 086 437 $	5 986 437 $
Alourdissement des clientèles en CHSLD	1 830 428 $	2 102 841 $	1 062 900 $	4 996 169 $
Développement de nouvelles places en CHSLD	4 620 000 $	4 065 236 $	2 280 000 $	10 965 236 $
Total	9 100 428 $	7 418 077 $	5 429 337 $	21 947 842 $

* Incluant soutien à domicile, virage ambulatoire et DIMOS.

Les budgets 1998-1999 par grand secteur d'activités ainsi que l'importance relative de chacun des secteurs en termes de pourcentage apparaissent au tableau suivant (montants annualisés).

BUDGETS 1998-1999 PAR GRAND SECTEUR D'ACTIVITÉS ET POURCENTAGE PAR SECTEUR

SECTEUR	BUDGET 1998-1999	BUDGET EN %
Hébergement en CHSLD (incluant les USLD)	78 000 000 $	76,36 %
Soutien à domicile CLSC (toutes clientèles)*	16 723 398 $	16,37 %
Hébergement en pavillon	3 453 836 $	3,38 %
Services externes en CHSLD	2 252 271 $	2,20 %
Organismes communautaires	1 421 205 $	1,39 %
Hébergement en résidence d'accueil	300 000 $	0,29 %
Total	102 150 710 $	100 %

* Incluant soutien à domicile, virage ambulatoire et DIMOS

Plusieurs secteurs de services sont à rehausser au cours des trois prochaines années.

1. Implantation du guichet unique CLSC : gestion de cas
2. Rehaussement du per capita de soutien à domicile en CLSC
3. Rehaussement du taux de réponse aux besoins en CHSLD
4. Développement de nouvelles places en CHSLD
5. Consolidation des services gériatriques en CHCD
6. Consolidation des services externes en CHSLD
7. Consolidation des organismes communautaires

Les budgets 1998-1999 par grand secteur d'activités ainsi que l'importance relative de chacun des secteurs en termes de pourcentage apparaissent au tableau suivant (montants annualisés).

BUDGETS 1998-1999 PAR GRAND SECTEUR D'ACTIVITÉS ET POURCENTAGE PAR SECTEUR

SECTEUR	BUDGET 1998-1999	BUDGET EN %
Hébergement en CHSLD (incluant les USLD)	78 000 000 $	76,36 %
Soutien à domicile CLSC (toutes clientèles)*	16 723 398 $	16,37 %
Hébergement en pavillon	3 453 836 $	3,38 %
Services externes en CHSLD	2 252 271 $	2,20 %
Organismes communautaires	1 421 205 $	1,39 %
Hébergement en résidence d'accueil	300 000 $	0,29 %
Total	102 150 710 $	100 %

* Incluant soutien à domicile, virage ambulatoire et DIMOS

Plusieurs secteurs de services sont à rehausser au cours des trois prochaines années.

1. Implantation du guichet unique CLSC : gestion de cas
2. Rehaussement du per capita de soutien à domicile en CLSC
3. Rehaussement du taux de réponse aux besoins en CHSLD
4. Développement de nouvelles places en CHSLD
5. Consolidation des services gériatriques en CHCD
6. Consolidation des services externes en CHSLD
7. Consolidation des organismes communautaires

DONNÉES FINANCIÈRES

Page

Préambule

1. Implantation du guichet unique CLSC : gestion de cas 1

2. Rehaussement du per capita de soutien à domicile en CLSC 4

3. Rehaussement du taux de réponse aux besoins en CHSLD 5

4. Développement de nouvelles places en CHSLD 6

5. Consolidation des services gériatriques en CHCD 8

6. Consolidation des services externes en CHSLD 9

7. Consolidation des organismes communautaires 10

8. Estimé global 11

Tableaux

Tableau 1 Estimation des ressources requises pour la gestion de cas en CLSC 2
Tableau 2 Estimation des ressources requises pour la gestion de cas en CLSC selon le taux de 20 % du MSSS pour la population de 65 ans et plus 3
Tableau 3 Injections budgétaires pour le soutien à domicile en CLSC (toutes clientèles) 4
Tableau 4 Hypothèse d'allocation en soutien à domicile sur 3 ans (1999-2002) 4
Tableau 5 Évolution de l'alourdissement (1996-1999) 5
Tableau 6 Injections budgétaires pour rehausser le taux de réponse à 70 % en CHSLD 5
Tableau 7 Budget pour un rehaussement du taux de réponse aux besoins de 70 % et un rehaussement du taux de réponse aux besoins à 75 % (1999-2002) 6
Tableau 8 Plan de développement de 300 nouvelles places en CHSLD 6
Tableau 9 Coût du développement de 300 nouvelles places en CHSLD 7
Tableau 10 Estimation du nombre de places en CHSLD requis selon le taux d'hébergement de 3,5 % en 2001, 2006 et 2001 7
Tableau 11 Estimation des ressources requises en physiothérapie, ergothérapie et travail social 8
Tableau 12 Estimation du nombre d'infirmières de liaison requises pour le suivi du dépistage à l'urgence 9
Tableau 13 Coût global de l'implantation de la programmation des services gériatriques 9
Tableau 14 Estimation du budget requis pour le rehaussement des services externes en CHSLD 10
Tableau 15 Estimé des coûts pour la consolidation du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie 11

1. IMPLANTATION DU GUICHET UNIQUE CLSC : GESTION DE CAS

Un des objectifs prioritaires dans l'implantation du réseau de services intégrés est l'implantation du guichet unique CLSC et la mise en place de la gestion de cas pour les clientèles jugées prioritaires. L'annexe 1 décrit le fonctionnement du guichet unique CLSC.

La première étape dans l'implantation du guichet unique CLSC consiste à assurer une gestion de cas à une partie de la clientèle des 75 ans et plus selon trois phases :

- 10 % de la population des 75 ans et plus en 1999-2000 ;
- 20 % de la population des 75 ans et plus en 2000-2001 ;
- 30 % de la population des 75 ans et plus en 2001-2002 ;

Le coût de cette mesure basé sur une charge de cas par intervenant de 150 cas par année et un coût annuel de 60 000 $ par poste apparaît au tableau suivant :

TABLEAU 1

ESTIMATION DES RESSOURCES REQUISES POUR LA GESTION DE CAS EN CLSC

(150 cas par intervenant, 60 000 $ par poste)

- 10 % de la population des 75 ans et plus en 1999-2000
- 20 % de la population des 75 ans et plus en 2000-2001
- 30 % de la population des 75 ans et plus en 2001-2002

TERRITOIRE	75 ANS +			10 %	20 %	30 %	NOMBRE DE POSTES			COÛT			INJECTIONS		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	3 371	3 566	3 761	337	713	1 128	2,2	4,8	7,5	134 840 $	285 280 $	451 320 $	134 840 $	150 440 $	166 040 $
Jean-Olivier-Chénier	3 513	3 658	3 804	351	732	1 141	2,3	4,9	7,6	140 512 $	292 672 $	456 480 $	140 512 $	152 160 $	163 808 $
Arthur-Buies	4 106	4 307	4 509	411	861	1 353	2,7	5,7	9,0	164 232 $	344 592 $	541 080 $	164 232 $	180 360 $	196 488 $
Argenteuil	1 984	2 051	2 118	198	410	635	1,3	2,7	4,2	79 344 $	164 064 $	254 160 $	79 344 $	84 720 $	90 096 $
Pays-d'en-Haut	1 704	1 814	1 924	170	363	577	1,1	2,4	3,8	68 144 $	145 104 $	230 880 $	68 144 $	76 960 $	85 776 $
Trois Vallées	2 183	2 269	2 355	218	454	707	1,5	3,0	4,7	87 336 $	181 536 $	282 600 $	87 336 $	94 200 $	101 064 $
Hautes-Laurentides	1 729	1 800	1 871	173	360	561	1,2	2,4	3,7	69 176 $	144 016 $	224 520 $	69 176 $	74 840 $	80 504 $
Région	18 590	19 465	20 342	1 858	3 893	6 102	12,4	26,0	40,7	743 584 $	1 557 264 $	2 441 040 $	743 584 $	813 680 $	883 776 $

1. IMPLANTATION DU GUICHET UNIQUE CLSC : GESTION DE CAS

Un des objectifs prioritaires dans l'implantation du réseau de services intégrés est l'implantation du guichet unique CLSC et la mise en place de la gestion de cas pour les clientèles jugées prioritaires. L'annexe 1 décrit le fonctionnement du guichet unique CLSC.

La première étape dans l'implantation du guichet unique CLSC consiste à assurer une gestion de cas à une partie de la clientèle des 75 ans et plus selon trois phases :

- 10 % de la population des 75 ans et plus en 1999-2000 ;
- 20 % de la population des 75 ans et plus en 2000-2001 ;
- 30 % de la population des 75 ans et plus en 2001-2002 ;

Le coût de cette mesure basé sur une charge de cas par intervenant de 150 cas par année et un coût annuel de 60 000 $ par poste apparaît au tableau suivant :

TABLEAU 1

ESTIMATION DES RESSOURCES REQUISES POUR LA GESTION DE CAS EN CLSC

(150 cas par intervenant, 60 000 $ par poste)

- 10 % de la population des 75 ans et plus en 1999-2000
- 20 % de la population des 75 ans et plus en 2000-2001
- 30 % de la population des 75 ans et plus en 2001-2002

TERRITOIRE	75 ANS +			10 %	20 %	30 %	NOMBRE DE POSTES			COÛT			INJECTIONS		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	3 371	3 566	3 761	337	713	1 128	2,2	4,8	7,5	134 840 $	285 280 $	451 320 $	134 840 $	150 440 $	166 040 $
Jean-Olivier-Chénier	3 513	3 658	3 804	351	732	1 141	2,3	4,9	7,6	140 512 $	292 672 $	456 480 $	140 512 $	152 160 $	163 808 $
Arthur-Buies	4 106	4 307	4 509	411	861	1 353	2,7	5,7	9,0	164 232 $	344 592 $	541 080 $	164 232 $	180 360 $	196 488 $
Argenteuil	1 984	2 051	2 118	198	410	635	1,3	2,7	4,2	79 344 $	164 064 $	254 160 $	79 344 $	84 720 $	90 096 $
Pays-d'en-Haut	1 704	1 814	1 924	170	363	577	1,1	2,4	3,8	68 144 $	145 104 $	230 880 $	68 144 $	76 960 $	85 776 $
Trois Vallées	2 183	2 269	2 355	218	454	707	1,5	3,0	4,7	87 336 $	181 536 $	282 600 $	87 336 $	94 200 $	101 064 $
Hautes-Laurentides	1 729	1 800	1 871	173	360	561	1,2	2,4	3,7	69 176 $	144 016 $	224 520 $	69 176 $	74 840 $	80 504 $
Région	18 590	19 465	20 342	1 858	3 893	6 102	12,4	26,0	40,7	743 584 $	1 557 264 $	2 441 040 $	743 584 $	813 680 $	883 776 $

L'objectif fixé par le MSSS est d'atteindre 20 % des personnes âgées de 65 ans et plus au niveau des services de soutien à domicile. Les coûts impliqués pour assurer une gestion de cas à cette clientèle apparaissent au tableau suivant.

TABLEAU 2

ESTIMATION DES RESSOURCES REQUISES POUR LA GESTION DE CAS EN CLSC

(150 CAS PAR INTERVENANT, 60 000 $ PAR POSTE)

SELON LE TAUX DE 20 % DU MSSS POUR LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS

TERRITOIRE DE CLSC	65 ANS +			20 %			NOMBRE DE POSTES			COÛT		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	9 215	9 625	10 036	1 843	1 925	2 007	12,3	12,8	13,4	737 184 $	770 032 $	802 880 $
Jean-Olivier-Chénier	8 676	8 928	9 179	1 735	1 786	1 836	11,6	11,9	12,2	694 096 $	714 208 $	734 320 $
Arthur-Buies	10 737	11 097	11 457	2 147	2 219	2 291	14,3	14,8	15,3	858 992 $	887 776 $	916 560 $
Argenteuil	4 701	4 755	4 808	940	951	962	6,3	6,3	6,4	376 096 $	380 368 $	384 640 $
Pays-d'en-Haut	4 952	5 140	5 328	990	1 028	1 066	6,6	6,9	7,1	396 160 $	411 200 $	426 240 $
Trois Vallées	5 485	5 607	5 728	1 097	1 121	1 146	7,3	7,5	7,6	438 816 $	448 528 $	458 240 $
Hautes-Laurentides	4 503	4 605	4 707	901	921	941	6,0	6,1	6,3	360 208 $	368 384 $	376 560 $
Région	48 269	49 757	51 243	9 653	9 951	10 249	64,4	66,3	68,3	3 861 552 $	3 980 496 $	4 099 440 $

2. REHAUSSEMENT DU PER CAPITA DE SOUTIEN À DOMICILE EN CLSC

Les divers services énumérés dans la programmation des services de soutien à domicile en CLSC qui apparaissent à l'annexe 2 sont déjà en place mais sont en quantité insuffisante pour faire face au vieillissement de la population et aux besoins grandissants reliés au développement des services ambulatoires. Les services de soutien à domicile sont sous-financés dans la région des Laurentides si l'on compare les **dépenses nettes en 1996-1997** par rapport à l'ensemble du Québec. Le per capita régional était alors de 23,29 $ par rapport au per capita provincial de 36,40 $. Ceci signifie un écart de 36 % et un manque à gagner de 6 M$ pour la région, et ce, pour offrir le même niveau moyen de services consentis aux personnes âgées de l'ensemble du Québec en 1996-1997.

Des injections budgétaires de l'ordre de 6 M$ ont été consenties dans la région au cours des trois dernières années pour l'ensemble de la clientèle de soutien à domicile, tel qu'illustré au tableau suivant. Ces investissements comblent le manque à gagner établi en 1996-1997. Il faut par contre souligner que le budget provincial en soutien à domicile a augmenté à chaque année, en raison des injections consenties dans les diverses régions du Québec, tant pour les services aux personnes âgées que pour le développement des services ambulatoires. Nous pouvons donc estimer qu'il existe encore un manque à gagner pour la région par rapport au Québec. Le montant n'est pas disponible présentement.

TABLEAU 3

INJECTIONS BUDGÉTAIRES POUR LE SOUTIEN À DOMICILE EN CLSC (TOUTES CLIENTÈLES)

SECTEUR	1996-1997	1997-1998	1998-1999	TOTAL
Soutien à domicile en CLSC (toutes clientèles)	2 650 000 $	1 250 000 $	2 086 437 $	5 986 437 $

* Incluant soutien à domicile, virage ambulatoire et DIMOS

Selon les **budgets 1998-1999**, le per capita régional se situait à 35,81 $. Une allocation budgétaire réelle de 1,7M$ en 1999-2000 et projetée de 2 M$ en 2000-2001 et 2001-2002 permettrait de rehausser progressivement le per capita régional en terme de budget à 45,12 $ en 2001-2002 tel qu'illustré au tableau suivant.

TABLEAU 4

HYPOTHÈSE D'ALLOCATION EN SOUTIEN À DOMICILE SUR 3 ANS (1999-2002)

ANNÉE	POPULATION	ALLOCATION	BUDGET	PER CAPITA TOTAL
1999-2000	477 000	1 700 000 $ (réel)	18 423 398 $	38,62 $
2000-2001	487 000	2 000 000 $ (projeté)	20 423 398 $	41,94 $
2001-2002	497 000	2 000 000 $ (projeté)	22 423 398 $	45,12 $

L'objectif fixé par le MSSS est d'atteindre 20 % des personnes âgées de 65 ans et plus au niveau des services de soutien à domicile. Les coûts impliqués pour assurer une gestion de cas à cette clientèle apparaissent au tableau suivant.

TABLEAU 2
ESTIMATION DES RESSOURCES REQUISES POUR LA GESTION DE CAS EN CLSC
(150 CAS PAR INTERVENANT, 60 000 $ PAR POSTE)
SELON LE TAUX DE 20 % DU MSSS POUR LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS

TERRITOIRE DE CLSC	65 ANS +			20 %			NOMBRE DE POSTES			COÛT		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Thérèse-de-Blainville	9 215	9 625	10 036	1 843	1 925	2 007	12,3	12,8	13,4	737 184 $	770 032 $	802 880 $
Jean-Olivier-Chénier	8 676	8 928	9 179	1 735	1 786	1 836	11,6	11,9	12,2	694 096 $	714 208 $	734 320 $
Arthur-Buies	10 737	11 097	11 457	2 147	2 219	2 291	14,3	14,8	15,3	858 992 $	887 776 $	916 560 $
Argenteuil	4 701	4 755	4 808	940	951	962	6,3	6,3	6,4	376 096 $	380 368 $	384 640 $
Pays-d'en-Haut	4 952	5 140	5 328	990	1 028	1 066	6,6	6,9	7,1	396 160 $	411 200 $	426 240 $
Trois Vallées	5 485	5 607	5 728	1 097	1 121	1 146	7,3	7,5	7,6	438 816 $	448 528 $	458 240 $
Hautes-Laurentides	4 503	4 605	4 707	901	921	941	6,0	6,1	6,3	360 208 $	368 384 $	376 560 $
Région	48 269	49 757	51 243	9 653	9 951	10 249	64,4	66,3	68,3	3 861 552 $	3 980 496 $	4 099 440 $

2. *REHAUSSEMENT DU PER CAPITA DE SOUTIEN À DOMICILE EN CLSC*

Les divers services énumérés dans la programmation des services de soutien à domicile en CLSC qui apparaissent à l'annexe 2 sont déjà en place mais sont en quantité insuffisante pour faire face au vieillissement de la population et aux besoins grandissants reliés au développement des services ambulatoires. Les services de soutien à domicile sont sous-financés dans la région des Laurentides si l'on compare les **dépenses nettes en 1996-1997** par rapport à l'ensemble du Québec. Le per capita régional était alors de 23,29 $ par rapport au per capita provincial de 36,40 $. Ceci signifie un écart de 36 % et un manque à gagner de 6 M$ pour la région, et ce, pour offrir le même niveau moyen de services consentis aux personnes âgées de l'ensemble du Québec en 1996-1997.

Des injections budgétaires de l'ordre de 6 M$ ont été consenties dans la région au cours des trois dernières années pour l'ensemble de la clientèle de soutien à domicile, tel qu'illustré au tableau suivant. Ces investissements comblent le manque à gagner établi en 1996-1997. Il faut par contre souligner que le budget provincial en soutien à domicile a augmenté à chaque année, en raison des injections consenties dans les diverses régions du Québec, tant pour les services aux personnes âgées que pour le développement des services ambulatoires. Nous pouvons donc estimer qu'il existe encore un manque à gagner pour la région par rapport au Québec. Le montant n'est pas disponible présentement.

TABLEAU 3

INJECTIONS BUDGÉTAIRES POUR LE SOUTIEN À DOMICILE EN CLSC (TOUTES CLIENTÈLES)

SECTEUR	1996-1997	1997-1998	1998-1999	TOTAL
Soutien à domicile en CLSC (toutes clientèles)	2 650 000 $	1 250 000 $	2 086 437 $	5 986 437 $

* Incluant soutien à domicile, virage ambulatoire et DIMOS

Selon les **budgets 1998-1999**, le per capita régional se situait à 35,81 $. Une allocation budgétaire réelle de 1,7M$ en 1999-2000 et projetée de 2 M$ en 2000-2001 et 2001-2002 permettrait de rehausser progressivement le per capita régional en terme de budget à 45,12 $ en 2001-2002 tel qu'illustré au tableau suivant.

TABLEAU 4

HYPOTHÈSE D'ALLOCATION EN SOUTIEN À DOMICILE SUR 3 ANS (1999-2002)

ANNÉE	POPULATION	ALLOCATION	BUDGET	PER CAPITA TOTAL
1999-2000	477 000	1 700 000 $ (réel)	18 423 398 $	38,62 $
2000-2001	487 000	2 000 000 $ (projeté)	20 423 398 $	41,94 $
2001-2002	497 000	2 000 000 $ (projeté)	22 423 398 $	45,12 $

3. REHAUSSEMENT DU TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS EN CHSLD

Les CHSLD ont pour mission d'héberger de façon permanente ou temporaire des personnes en lourde perte d'autonomie. Les annexes 5 et 6 présentent une programmation détaillée de l'hébergement temporaire et de l'hébergement permanent.

La clientèle hébergée en CHSLD s'est alourdie progressivement au cours de la période 1996-1999, tel qu'illustré au tableau suivant. Le taux d'alourdissement a tendance à se stabiliser autour de 2 % par année.

TABLEAU 5
ÉVOLUTION DE L'ALOURDISSEMENT (1996-1999)

DATE PLAISIR	MOYENNE HST	TAUX ALOURDISSEMENT	
Janvier 1996	3,66		
Août 1996	3,73	+ 1,9 %	1996-1997
Février 1997	3,86	+ 3,5 %	5,4%
Septembre 1997	3,91	+ 1,3 %	1997-1998
Mars 1998	3,93	+ 0,5 %	1,8%
Octobre 1998	3,99	+ 1,5 %	1998-1999
Février 1999	4,01	+ 0,5 %	2%

Au cours des trois dernières années, une somme de 5 M$ a été répartie entre les CHSLD de la région ayant un taux de réponse aux besoins inférieur à 70 % pour compenser l'alourdissement de la clientèle, tel qu'illustré au tableau suivant.

TABLEAU 6
INJECTIONS BUDGÉTAIRES POUR REHAUSSER LE TAUX DE RÉPONSE À 70 % EN CHSLD

SECTEUR	1996-1997	1997-1998	1998-1999	TOTAL
Alourdissement des clientèles en CHSLD	1 830 438 $	2 102 841 $	1 062 900 $	4 996 169 $

Selon l'hypothèse d'une stabilisation du taux d'alourdissement annuel autour de 2 %, il faudrait prévoir un budget de 1 M$ par année pour les trois prochaines années pour maintenir le taux de réponse aux besoins à **70 %.**

Il est à noter que des sommes supplémentaires de l'ordre de 3,5 M$ devraient être investies si l'on veut viser un taux de réponse aux besoins de **75 %**, tel qu'annoncé dans les orientations régionales « Mission 2002 ».

TABLEAU 7

BUDGET PRÉVU POUR UN REHAUSSEMENT DU TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS DE 70 %
ET UN REHAUSSEMENT DU TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS À 75 % (1999-2002)

ANNÉE	TAUX 70 %	TAUX 75 %	TOTAL
1999-2000	1 000 000 $	1 200 000 $	2 200 000 $
2000-2001	1 000 000 $	1 200 000 $	2 200 000 $
2001-2002	1 000 000 $	1 100 000 $	2 100 000 $
Total	3 000 000 $	3 500 000 $	6 500 000 $

4. *DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES PLACES EN CHSLD*

En juin 1995, la Régie régionale adoptait un plan de développement de 300 nouvelles places d'hébergement en CHSLD dans la région des Laurentides. Les étapes de réalisation de ce plan apparaissent au tableau suivant :

TABLEAU 8

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DE 300 NOUVELLES PLACES EN CHSLD

PROJETS	BASSIN	PLACES	ÉCHÉANCIER
CHSLD Drapeau Deschambault Centre Hubert-Maisonneuve (phase 1)	Sud	52	Avril 1996
CHSLD de la Rivière du Nord Résidence Lucien-G. Rolland	Arthur-Buies	48	Mai 1996
CHSLD Drapeau Deschambault Centre Hubert-Maisonneuve (phase 2)	Sud	88	Octobre 1997
CHSLD de la Rive et de Mirabel Manoir St-Eustache	Sud	50	Janvier 1999
CHSLD Villa Soleil	Arthur-Buies	31	Juin 1999
CHSLD Deux-Montagnes	Sud	31	Septembre 1999
Total	Sud : 221 Arthur-Buies : 79	300	

Au cours des quatre dernières années, des injections budgétaires de l'ordre de 12 M$ ont été effectuées afin de développer 300 nouvelles places en CHSLD, tel qu'illustré au tableau suivant :

3. REHAUSSEMENT DU TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS EN CHSLD

Les CHSLD ont pour mission d'héberger de façon permanente ou temporaire des personnes en lourde perte d'autonomie. Les annexes 5 et 6 présentent une programmation détaillée de l'hébergement temporaire et de l'hébergement permanent.

La clientèle hébergée en CHSLD s'est alourdie progressivement au cours de la période 1996-1999, tel qu'illustré au tableau suivant. Le taux d'alourdissement a tendance à se stabiliser autour de 2 % par année.

TABLEAU 5
ÉVOLUTION DE L'ALOURDISSEMENT (1996-1999)

DATE PLAISIR	MOYENNE HST	TAUX ALOURDISSEMENT	
Janvier 1996	3,66		
Août 1996	3,73	+ 1,9 %	1996-1997
Février 1997	3,86	+ 3,5 %	5,4%
Septembre 1997	3,91	+ 1,3 %	1997-1998
Mars 1998	3,93	+ 0,5 %	1,8%
Octobre 1998	3,99	+ 1,5 %	1998-1999
Février 1999	4,01	+ 0,5 %	2%

Au cours des trois dernières années, une somme de 5 M$ a été répartie entre les CHSLD de la région ayant un taux de réponse aux besoins inférieur à 70 % pour compenser l'alourdissement de la clientèle, tel qu'illustré au tableau suivant.

TABLEAU 6
INJECTIONS BUDGÉTAIRES POUR REHAUSSER LE TAUX DE RÉPONSE À 70 % EN CHSLD

SECTEUR	1996-1997	1997-1998	1998-1999	TOTAL
Alourdissement des clientèles en CHSLD	1 830 438 $	2 102 841 $	1 062 900 $	4 996 169 $

Selon l'hypothèse d'une stabilisation du taux d'alourdissement annuel autour de 2 %, il faudrait prévoir un budget de 1 M$ par année pour les trois prochaines années pour maintenir le taux de réponse aux besoins à **70 %.**

Il est à noter que des sommes supplémentaires de l'ordre de 3,5 M$ devraient être investies si l'on veut viser un taux de réponse aux besoins de **75 %**, tel qu'annoncé dans les orientations régionales « Mission 2002 ».

TABLEAU 7

BUDGET PRÉVU POUR UN REHAUSSEMENT DU TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS DE 70 %
ET UN REHAUSSEMENT DU TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS À 75 % (1999-2002)

ANNÉE	TAUX 70 %	TAUX 75 %	TOTAL
1999-2000	1 000 000 $	1 200 000 $	2 200 000 $
2000-2001	1 000 000 $	1 200 000 $	2 200 000 $
2001-2002	1 000 000 $	1 100 000 $	2 100 000 $
Total	3 000 000 $	3 500 000 $	6 500 000 $

4. *DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES PLACES EN CHSLD*

En juin 1995, la Régie régionale adoptait un plan de développement de 300 nouvelles places d'hébergement en CHSLD dans la région des Laurentides. Les étapes de réalisation de ce plan apparaissent au tableau suivant :

TABLEAU 8

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DE 300 NOUVELLES PLACES EN CHSLD

PROJETS	BASSIN	PLACES	ÉCHÉANCIER
CHSLD Drapeau Deschambault Centre Hubert-Maisonneuve (phase 1)	Sud	52	Avril 1996
CHSLD de la Rivière du Nord Résidence Lucien-G. Rolland	Arthur-Buies	48	Mai 1996
CHSLD Drapeau Deschambault Centre Hubert-Maisonneuve (phase 2)	Sud	88	Octobre 1997
CHSLD de la Rive et de Mirabel Manoir St-Eustache	Sud	50	Janvier 1999
CHSLD Villa Soleil	Arthur-Buies	31	Juin 1999
CHSLD Deux-Montagnes	Sud	31	Septembre 1999
Total	Sud : 221 Arthur-Buies : 79	300	

Au cours des quatre dernières années, des injections budgétaires de l'ordre de 12 M$ ont été effectuées afin de développer 300 nouvelles places en CHSLD, tel qu'illustré au tableau suivant :

TABLEAU 9
COÛT DU DÉVELOPPEMENT DE 300 NOUVELLES PLACES EN CHSLD

SECTEUR	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	TOTAL
Développement de 300 nouvelles places en CHSLD	2 564 438 $	4 065 236 $	2 372 500 $	3 000 000 $	12 002 174 $

Un nouveau plan de développement de places devra être élaboré afin de maintenir à tout le moins le taux d'hébergement à 3,5 % pour la période 2001 à 2011 et, si possible, afin de le rehausser vers 4,2 %. Le taux provincial visé d'ici 2011 se situe entre 3,5 % et 4,2 %.

Les projections démographiques sont basées sur les données du recensement de 1991. Il est à noter que les projections de besoins devront être évaluées à la lumière du nouveau contexte où se situeront les personnes âgées dans cinq et dix ans (ex. : revenus de retraites des baby-boomers, allongement de l'espérance de vie).

Le tableau suivant indique le nombre de places requises selon le taux d'hébergement de 3,5 % en 2001, 2006 et 2011.

TABLEAU 10
ESTIMATION DU NOMBRE DE PLACES EN CHSLD REQUIS SELON LE TAUX D'HÉBERGEMENT DE 3,5 % EN 2001, 2006 ET 2011

CLSC	65 ans + 2001	Lits 2001	Taux 2001	Taux 2006	Requis 2006	Écart 2006	Taux 2011	Requis 2011	Écart 2011
Thérèse-de-Blainville	10036	347	3,5%	2,7%	445	-98	2,0%	613	-266
Jean-Olivier-Chénier	9179	311	3,4%	3,0%	369	-58	2,3%	466	-155
Arthur-Buies	11457	429	3,7%	3,2%	470	-41	2,6%	576	-147
Argenteuil	4808	169	3,5%	3,3%	179	-10	3,0%	200	-31
Pays-d'en-Haut	5328	94	1,8%	1,5%	213	-119	1,3%	250	-156
Trois Vallées	5728	236	4,1%	3,7%	224	12	3,2%	260	-24
Hautes-Laurentides	4707	199	4,2%	3,7%	190	9	3,1%	226	-27
Région	51243	1785	3,5%	3,0%	2090	-305	2,4%	2590	-805

À la lecture de ce tableau, notons que pour se maintenir à un taux d'hébergement de **3,5 %**, il faudrait ajouter 305 nouvelles places d'ici 2006 et 805 nouvelles places d'ici 2011. Les coûts estimés seraient de 14 M$ en 2006 et de 38 M$ en 2011.

Notons que pour atteindre le taux d'hébergement de **4,2 %**, il faudrait ajouter 367 lits d'ici 2001, 723 lits d'ici 2006 et 1 323 lits d'ici 2011. Les coûts estimés seraient de 17 M$ en 2001, de 34 M$ en 2006 et de 63 M$ en 2011.

5. *CONSOLIDATION DES SERVICES GÉRIATRIQUES EN CHCD*

La programmation régionale concernant les services gériatriques en centre hospitalier (voir annexe 4) suppose la mise en place de quatre volets de programmes : dépistage des clients gériatriques à l'urgence, unité de courte durée gériatrique, consultations gériatriques sur les unités de médecine et de chirurgie et clinique externe gériatrique.

Nous avons estimé les ressources requises en réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et travail social) selon un ratio d'intervenant 1:10 clients pour desservir 40 % des personnes de 75 ans et plus qui ont été hospitalisées en 1996-1997, tant sur les unités de courte durée gériatrique que sur les autres unités de médecine et de chirurgie selon une durée moyenne de séjour de 12 jours.

Le nombre de postes requis pour chaque secteur a été chiffré selon un coût annuel par poste de 60 000 $. Les résultats apparaissent au tableau suivant :

TABLEAU 11
ESTIMATION DES RESSOURCES REQUISES EN PHYSIOTHÉRAPIE, ERGOTHÉRAPIE ET TRAVAIL SOCIAL
(RATIO D'INTERVENANT 1:10)

CHCD	NOMBRE DE CAS	40%	ÉQUIVALENT -LITS	PHYSIO-THÉRAPIE	ERGO-THÉRAPIE	TRAVAIL SOCIAL	COÛT
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	1 787	715	24	2,4	2,4	2,4	423 005 $
St-Eustache	1 224	490	16	1,6	1,6	1,6	289 736 $
Laurentien	733	293	10	1,0	1,0	1,0	173 510 $
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	410	164	5	0,5	0,5	0,5	97 052 $
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	109	44	1	0,1	0,1	0,1	25 802 $
Argenteuil	580	232	8	0,8	0,8	0,8	137 293 $
Total	4 843	1 937	64	6,4	6,4	6,4	1 146 398 $

TABLEAU 9
COÛT DU DÉVELOPPEMENT DE 300 NOUVELLES PLACES EN CHSLD

SECTEUR	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	TOTAL
Développement de 300 nouvelles places en CHSLD	2 564 438 $	4 065 236 $	2 372 500 $	3 000 000 $	12 002 174 $

Un nouveau plan de développement de places devra être élaboré afin de maintenir à tout le moins le taux d'hébergement à 3,5 % pour la période 2001 à 2011 et, si possible, afin de le rehausser vers 4,2 %. Le taux provincial visé d'ici 2011 se situe entre 3,5 % et 4,2 %.

Les projections démographiques sont basées sur les données du recensement de 1991. Il est à noter que les projections de besoins devront être évaluées à la lumière du nouveau contexte où se situeront les personnes âgées dans cinq et dix ans (ex. : revenus de retraites des baby-boomers, allongement de l'espérance de vie).

Le tableau suivant indique le nombre de places requises selon le taux d'hébergement de 3,5 % en 2001, 2006 et 2011.

TABLEAU 10
ESTIMATION DU NOMBRE DE PLACES EN CHSLD REQUIS SELON LE
TAUX D'HÉBERGEMENT DE 3,5 % EN 2001, 2006 ET 2011

CLSC	65 ans + 2001	Lits 2001	Taux 2001	Taux 2006	Requis 2006	Écart 2006	Taux 2011	Requis 2011	Écart 2011
Thérèse-de-Blainville	10036	347	3,5%	2,7%	445	-98	2,0%	613	-266
Jean-Olivier-Chénier	9179	311	3,4%	3,0%	369	-58	2,3%	466	-155
Arthur-Buies	11457	429	3,7%	3,2%	470	-41	2,6%	576	-147
Argenteuil	4808	169	3,5%	3,3%	179	-10	3,0%	200	-31
Pays-d'en-Haut	5328	94	1,8%	1,5%	213	-119	1,3%	250	-156
Trois Vallées	5728	236	4,1%	3,7%	224	12	3,2%	260	-24
Hautes-Laurentides	4707	199	4,2%	3,7%	190	9	3,1%	226	-27
Région	51243	1785	3,5%	3,0%	2090	-305	2,4%	2590	-805

À la lecture de ce tableau, notons que pour se maintenir à un taux d'hébergement de **3,5 %**, il faudrait ajouter 305 nouvelles places d'ici 2006 et 805 nouvelles places d'ici 2011. Les coûts estimés seraient de 14 M$ en 2006 et de 38 M$ en 2011.

Notons que pour atteindre le taux d'hébergement de **4,2 %**, il faudrait ajouter 367 lits d'ici 2001, 723 lits d'ici 2006 et 1 323 lits d'ici 2011. Les coûts estimés seraient de 17 M$ en 2001, de 34 M$ en 2006 et de 63 M$ en 2011.

5. CONSOLIDATION DES SERVICES GÉRIATRIQUES EN CHCD

La programmation régionale concernant les services gériatriques en centre hospitalier (voir annexe 4) suppose la mise en place de quatre volets de programmes : dépistage des clients gériatriques à l'urgence, unité de courte durée gériatrique, consultations gériatriques sur les unités de médecine et de chirurgie et clinique externe gériatrique.

Nous avons estimé les ressources requises en réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et travail social) selon un ratio d'intervenant 1:10 clients pour desservir 40 % des personnes de 75 ans et plus qui ont été hospitalisées en 1996-1997, tant sur les unités de courte durée gériatrique que sur les autres unités de médecine et de chirurgie selon une durée moyenne de séjour de 12 jours.

Le nombre de postes requis pour chaque secteur a été chiffré selon un coût annuel par poste de 60 000 $. Les résultats apparaissent au tableau suivant :

TABLEAU 11
ESTIMATION DES RESSOURCES REQUISES EN PHYSIOTHÉRAPIE, ERGOTHÉRAPIE ET TRAVAIL SOCIAL
(RATIO D'INTERVENANT 1:10)

CHCD	NOMBRE DE CAS	40%	ÉQUIVALENT -LITS	PHYSIO-THÉRAPIE	ERGO-THÉRAPIE	TRAVAIL SOCIAL	COÛT
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	1 787	715	24	2,4	2,4	2,4	423 005 $
St-Eustache	1 224	490	16	1,6	1,6	1,6	289 736 $
Laurentien	733	293	10	1,0	1,0	1,0	173 510 $
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	410	164	5	0,5	0,5	0,5	97 052 $
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	109	44	1	0,1	0,1	0,1	25 802 $
Argenteuil	580	232	8	0,8	0,8	0,8	137 293 $
Total	4 843	1 937	64	6,4	6,4	6,4	1 146 398 $

Nous avons également estimé le nombre d'infirmières de liaison requises pour le suivi du dépistage à l'urgence selon le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus sur civière à l'urgence en 1997-1998, selon un ratio d'une infirmière de liaison pour 1 824 cas par année (moyenne de 8 cas par jour x 228 jours).

TABLEAU 12
ESTIMATION DU NOMBRE D'INFIRMIÈRES DE LIAISON REQUISES
POUR LE SUIVI DU DÉPISTAGE À L'URGENCE

CHCD	NOMBRE DE CAS	NOMBRE D'INFIRMIÈRES	COÛT
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	5 349	2,9	175 954 $
St-Eustache	4 004	2,2	131 711 $
Laurentien	2 431	1,3	79 967 $
CH-CR Antoine-Labelle	1984	1,1	65 263 $
Argenteuil	1 541	0,8	50 691 $
Total	15 309	8,4	503 586 $

Le coût global de l'implantation de la programmation des services gériatriques apparaît au tableau suivant :

TABLEAU 13
COÛT GLOBAL DE L'IMPLANTATION DE LA PROGRAMMATION DES SERVICES GÉRIATRIQUES

CHCD	COÛT TOTAL
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	598 959 $
St-Eustache	421 446 $
Laurentien	253 477 $
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	139 092 $
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	49 025 $
Argenteuil	187 984 $
Total	1 649 983 $

6. *CONSOLIDATION DES SERVICES EXTERNES EN CHSLD*

La programmation des services externes en CHSLD qui apparaît en annexe 3 fait état du déploiement de quatre volets de programmes : récupération des capacités fonctionnelles, maintien des capacités fonctionnelles, halte-répit et activités sociorécréatives.

Nous avons estimé le budget requis pour rehausser les territoires déficitaires au niveau du budget de base du MSSS pour les services externes en centre de jour. Cette norme est de 270 000 $ par territoire comprenant entre 4 000 et 7 000 personnes âgées de 65 ans et plus, pour un per capita de 50 $. À partir de cette norme, nous avons alloué deux fois le budget de base aux trois territoires urbains et une fois aux quatre territoires ruraux.

Nous avons alloué un montant supplémentaire de 200 000 $ par territoire urbain et de 100 000 $ par territoire rural pour financer le volet hôpital de jour, ce qui équivaut à un per capita de 20 $.

Le per capita global pour les services externes se situe donc autour de 70 $.

Quant au volet évaluation diagnostique, il est offert en centre hospitalier de soins de courte durée, compte tenu de la présence du plateau technique.

Le tableau suivant indique les budgets requis par territoire de CLSC sur la base de ces allocations.

TABLEAU 14

ESTIMATION DU BUDGET REQUIS POUR LE REHAUSSEMENT DES SERVICES EXTERNES EN CHSLD

TERRITOIRE DE CLSC	ÉTABLISSEMENT	65 ANS + 2001	BUDGET 1998-1999 SERVICES EXTERNES	REQUIS CENTRE DE JOUR	REQUIS HÔPITAL DE JOUR	REQUIS TOTAL	ÉCART	INJECTION	BUDGET APRÈS INJECTION
Jean-Olivier-Chénier	Rive-Mirabel	9 179	276 279 $	540 000 $	200 000 $	740 000 $	463 721 $	463 721 $	740 000 $
Thérèse-de-Blainville	Drapeau Deschambault	10 036	400 215 $	540 000 $	200 000 $	740 000 $	339 785 $	339 785 $	740 000 $
Arthur-Buies	Rivière du Nord	11 457	346 750 $	540 000 $	200 000 $	740 000 $	393 250 $	393 250 $	740 000 $
Argenteuil	CH Argenteuil	4 808	279 173 $	270 000 $	100 000 $	370 000 $	90 827 $	90 827 $	370 000 $
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	5 328	274 617 $	270 000 $	100 000 $	370 000 $	95 383 $	95 383 $	370 000 $
Trois Vallées	CH Laurentien/ Trois Vallées	5 728	442 553 $	270 000 $	100 000 $	370 000 $	-72 553 $	—	442 553 $
Hautes-Laurentides	CH-CR Antoine-Labelle	4 707	232 684 $	270 000 $	100 000 $	370 000 $	137 316 $	137 316 $	370 000 $
Région		51 243	2 252 271 $	2 700 000 $	1 000 000 $	3 700 000 $	1 447 729 $	1 520 282 $	3 772 553 $

7. CONSOLIDATION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie devront être consolidés au cours des trois prochaines années selon le Cadre de référence pour la reconnaissance et le financement des organismes communautaires adopté par la Régie régionale et visant l'ensemble des organismes communautaires de la région qui sont financés par la Régie.

Nous avons également estimé le nombre d'infirmières de liaison requises pour le suivi du dépistage à l'urgence selon le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus sur civière à l'urgence en 1997-1998, selon un ratio d'une infirmière de liaison pour 1 824 cas par année (moyenne de 8 cas par jour x 228 jours).

TABLEAU 12

ESTIMATION DU NOMBRE D'INFIRMIÈRES DE LIAISON REQUISES
POUR LE SUIVI DU DÉPISTAGE À L'URGENCE

CHCD	NOMBRE DE CAS	NOMBRE D'INFIRMIÈRES	COÛT
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	5 349	2,9	175 954 $
St-Eustache	4 004	2,2	131 711 $
Laurentien	2 431	1,3	79 967 $
CH-CR Antoine-Labelle	1984	1,1	65 263 $
Argenteuil	1 541	0,8	50 691 $
Total	15 309	8,4	503 586 $

Le coût global de l'implantation de la programmation des services gériatriques apparaît au tableau suivant :

TABLEAU 13

COÛT GLOBAL DE L'IMPLANTATION DE LA PROGRAMMATION DES SERVICES GÉRIATRIQUES

CHCD	COÛT TOTAL
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	598 959 $
St-Eustache	421 446 $
Laurentien	253 477 $
CH-CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	139 092 $
CH-CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	49 025 $
Argenteuil	187 984 $
Total	1 649 983 $

6. CONSOLIDATION DES SERVICES EXTERNES EN CHSLD

La programmation des services externes en CHSLD qui apparaît en annexe 3 fait état du déploiement de quatre volets de programmes : récupération des capacités fonctionnelles, maintien des capacités fonctionnelles, halte-répit et activités sociorécréatives.

Nous avons estimé le budget requis pour rehausser les territoires déficitaires au niveau du budget de base du MSSS pour les services externes en centre de jour. Cette norme est de 270 000 $ par territoire comprenant entre 4 000 et 7 000 personnes âgées de 65 ans et plus, pour un per capita de 50 $. À partir de cette norme, nous avons alloué deux fois le budget de base aux trois territoires urbains et une fois aux quatre territoires ruraux.

Nous avons alloué un montant supplémentaire de 200 000 $ par territoire urbain et de 100 000 $ par territoire rural pour financer le volet hôpital de jour, ce qui équivaut à un per capita de 20 $.

Le per capita global pour les services externes se situe donc autour de 70 $.

Quant au volet évaluation diagnostique, il est offert en centre hospitalier de soins de courte durée, compte tenu de la présence du plateau technique.

Le tableau suivant indique les budgets requis par territoire de CLSC sur la base de ces allocations.

TABLEAU 14

ESTIMATION DU BUDGET REQUIS POUR LE REHAUSSEMENT DES SERVICES EXTERNES EN CHSLD

TERRITOIRE DE CLSC	ÉTABLISSEMENT	65 ANS + 2001	BUDGET 1998-1999 SERVICES EXTERNES	REQUIS CENTRE DE JOUR	REQUIS HÔPITAL DE JOUR	REQUIS TOTAL	ÉCART	INJECTION	BUDGET APRÈS INJECTION
Jean-Olivier-Chénier	Rive-Mirabel	9 179	276 279 $	540 000 $	200 000 $	740 000 $	463 721 $	463 721 $	740 000 $
Thérèse-de-Blainville	Drapeau Deschambault	10 036	400 215 $	540 000 $	200 000 $	740 000 $	339 785 $	339 785 $	740 000 $
Arthur-Buies	Rivière du Nord	11 457	346 750 $	540 000 $	200 000 $	740 000 $	393 250 $	393 250 $	740 000 $
Argenteuil	CH Argenteuil	4 808	279 173 $	270 000 $	100 000 $	370 000 $	90 827 $	90 827 $	370 000 $
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	5 328	274 617 $	270 000 $	100 000 $	370 000 $	95 383 $	95 383 $	370 000 $
Trois Vallées	CH Laurentien/ Trois Vallées	5 728	442 553 $	270 000 $	100 000 $	370 000 $	-72 553 $	—	442 553 $
Hautes-Laurentides	CH-CR Antoine-Labelle	4 707	232 684 $	270 000 $	100 000 $	370 000 $	137 316 $	137 316 $	370 000 $
Région		51 243	2 252 271 $	2 700 000 $	1 000 000 $	3 700 000 $	1 447 729 $	1 520 282 $	3 772 553 $

7. *CONSOLIDATION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES*

Les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie devront être consolidés au cours des trois prochaines années selon le Cadre de référence pour la reconnaissance et le financement des organismes communautaires adopté par la Régie régionale et visant l'ensemble des organismes communautaires de la région qui sont financés par la Régie.

8. ESTIMÉ GLOBAL

L'estimé global des coûts pour le rattrapage au niveau du per capita moyen provincial et pour la consolidation du réseau de services intégrés au cours des trois prochaines années apparaît au tableau suivant.

À noter les **budgets acquis** jusqu'à présent pour l'année 1999-2000 :

- développement de 62 nouvelles places en CHSLD : 3 M$
- soutien à domicile en CLSC : 1,7 M$
- total de 4,7 M$.

À noter également que pour atteindre un taux d'hébergement de 4,2 % en 2001, il faudrait ajouter 360 nouvelles places en CHSLD pour un coût total de 18 M$.

TABLEAU 15

ESTIMÉ DES COÛTS POUR LA CONSOLIDATION DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS AUX PERSONNES ÂGÉES ET AUTRES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE

Secteur de services	1999-2000	1999-2000	2000-2001	2001-2002	Total
	Réel	Estimé	Estimé	Estimé	Estimé
Implantation du guichet unique CLSC: gestion de cas		743 584 $	813 680 $	883 776 $	2 441 040 $
Rehaussement du per capita soutien à domicile en CLSC	1 700 000 $		2 000 000 $	2 000 000 $	5 700 000 $
Alourdissement des clientèles en CHSLD		1 000 000 $	1 000 000 $	1 000 000 $	3 000 000 $
Rehaussement du taux de réponse à 75 % en CHSLD		1 200 000 $	1 200 000 $	1 100 000 $	3 500 000 $
Développement de 62 nouvelles places en CHSLD	3 000 000 $				3 000 000 $
Consolidation des services gériatriques en CHCD		550 000 $	550 000 $	550 000 $	1 650 000 $
Consolidation des services externes en CHSLD		500 000 $	500 000 $	500 000 $	1 500 000 $
Total	4 700 000 $	3 993 584 $	6 063 680 $	6 033 776 $	20 791 040 $

8. ESTIMÉ GLOBAL

L'estimé global des coûts pour le rattrapage au niveau du per capita moyen provincial et pour la consolidation du réseau de services intégrés au cours des trois prochaines années apparaît au tableau suivant.

À noter les **budgets acquis** jusqu'à présent pour l'année 1999-2000 :

- développement de 62 nouvelles places en CHSLD : 3 M$
- soutien à domicile en CLSC : 1,7 M$
- total de 4,7 M$.

À noter également que pour atteindre un taux d'hébergement de 4,2 % en 2001, il faudrait ajouter 360 nouvelles places en CHSLD pour un coût total de 18 M$.

TABLEAU 15
ESTIMÉ DES COÛTS POUR LA CONSOLIDATION DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS
AUX PERSONNES ÂGÉES ET AUTRES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE

Secteur de services	1999-2000	1999-2000	2000-2001	2001-2002	Total
	Réel	Estimé	Estimé	Estimé	Estimé
Implantation du guichet unique CLSC: gestion de cas		743 584 $	813 680 $	883 776 $	2 441 040 $
Rehaussement du per capita soutien à domicile en CLSC	1 700 000 $		2 000 000 $	2 000 000 $	5 700 000 $
Alourdissement des clientèles en CHSLD		1 000 000 $	1 000 000 $	1 000 000 $	3 000 000 $
Rehaussement du taux de réponse à 75 % en CHSLD		1 200 000 $	1 200 000 $	1 100 000 $	3 500 000 $
Développement de 62 nouvelles places en CHSLD	3 000 000 $				3 000 000 $
Consolidation des services gériatriques en CHCD		550 000 $	550 000 $	550 000 $	1 650 000 $
Consolidation des services externes en CHSLD		500 000 $	500 000 $	500 000 $	1 500 000 $
Total	4 700 000 $	3 993 584 $	6 063 680 $	6 033 776 $	20 791 040 $